

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS

ET DE SES ANNEXES,

FONDÉ SUR

UN GRAND NOMBRE D'OBSERVATIONS CLINIQUES;

ACCOMPAGNÉ D'UN

ATLAS DE 41 PLANCHES IN-FOLIO GRAVÉES ET COLORIÉES;

REPRÉSENTANT

LES PRINCIPALES ALTÉRATIONS MORBIDES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME;

PAR Mme VEUVE BOIVIN,

Docteur en Médecine, Sage-Femme surveillante en chef de la Maison royale de Santé, décorée de la Médaille d'or du mérite civil de Prusse, Membre de plusieurs Sociétés savantes;

ET PAR A. DUGÈS,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, Membre de la Légion d'honneur, Membre correspondant de l'Académie royale de Médecine, etc.

TOME PREMIER.



PARIS,

J. B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 (BIS).

LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT-STREET.

BRUXELLES, TIRCHER.—LIÈGE, DESOER.—GAND, DUJARDIN.—MONS, LEROUX.

1833.





A la Mémoire

DE M[me] LACHAPELLE,

SAGE-FEMME EN CHEF DE L'HOSPICE DE LA MATERNITÉ,

Notre premier guide, notre premier maître à tous deux, objet de notre commune affection durant sa vie, de notre admiration, de nos regrets après sa mort.

A

MONSIEUR M. C. DUMÉRIL,

MEMBRE DE L'INSTITUT, PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PROFESSEUR AU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE, MEMBRE DE LA LÉGION D'HONNEUR, MÉDECIN EN CHEF DE LA MAISON ROYALE DE SANTÉ, ETC.

Unis également dans notre estime pour son beau caractère, pour son savoir aussi varié que profond, et dans les sentiments affectueux que nous inspire sa bienveillance.

VEUVE BOIVIN. ANT. DUGÈS.





PRÉFACE.

Depuis long-temps on s'est accoutumé, pour ainsi dire, à mettre à part l'étude et le traitement des affections propres aux femmes. Il en a été de même de l'application des soins réclamés par diverses fonctions qui leur sont particulières. Cette séparation dut prendre naissance de la position sociale de ce sexe, des lois d'une pudeur naturelle ou liée à la législation même chez diverses nations considérables par leurs nombreuses populations ou par l'étendue de leurs lumières. Cette séparation une fois établie, elle est restée dans la science. On voit, dès l'apparition des premiers travaux littéraires entrepris sur l'art de guérir, des traités spéciaux sur la médecine et la chirurgie des femmes. Rassembler dans de pareils traités, tous les cas de maladies dont elles peuvent être affectées, comme l'ont fait quelques écrivains, c'est vouloir évidemment passer en revue la pathologie tout entière, pour se borner à une mention stérile et fastidieuse de la plupart des articles qui la composent, pour noter à peine quelques légères différences d'un sexe à l'autre. Restreindre l'étude aux particularités qui concernent l'appareil générateur, c'est la réduire

aux seules spécialités dont la considération peut devenir utile, nécessaire même au praticien.

Malgré cette réduction, le sujet reste encore assez vaste pour ne pouvoir être renfermé en entier que dans un traité élémentaire, concis et dépouillé des détails de démonstration ou d'application qu'exigent les monographies : ces sortes de traités spéciaux sont donc nécessaires pour approfondir la connaissance des objets jusque là superficiellement, vaguement décrits, pour fixer les points douteux de la science, pour guider, comme par la main, l'homme de l'art livré aux incertitudes, aux embarras des détails de la pratique.

Ainsi, laissant de côté tout ce qui appartient immédiatement à la grossesse et à l'état de couche, nous avons cru pouvoir publier, avec la confiance d'une utilité bien réelle, un traité *pratique* des maladies de l'utérus et de ses annexes.

La qualification que nous donnons à ce travail n'est pas ici une expression vaine et destinée seulement à le présenter sous des auspices plus favorables ; il la mérite parce qu'il est entièrement déduit de l'observation. On n'y trouvera point de longues discussions théoriques, uniquement appuyées sur des hypothèses, ni ces assertions, sans autre fondement que des probabilités, des analogies, qui composent toute l'histoire de certaines affections. Brefs et réservés pour tout ce qui est rare, incertain et conjec-

tural, nous donnerons aux maladies le plus fréquemment soumises aux yeux du médecin, à celles dont le diagnostic est le plus important et le plus difficile, à celles dont le traitement et ses divers modes peuvent être discutés d'après les résultats de l'expérience, toute l'attention, toute l'extension nécessaires pour les rendre plus profitables au lecteur. Pour la même raison, l'anatomie, la physiologie contenues dans cet ouvrage seront restreintes aux considérations directement applicables à la pathologie et à la thérapeutique. Nous avons cru devoir, sous ces divers rapports, nous affranchir des routines ordinaires; et sans repousser les avantages que nous procurait la lecture des écrivains anciens ou modernes, et sur-tout de ceux qui ont observé par eux-mêmes et publié uniquement ce qu'ils ont vu, nous n'avons pas voulu copier nos devanciers, comme l'ont fait successivement tant d'auteurs, à défaut de matériaux, produit de leur expérience.

Notre position personnelle nous affranchissait de cette obligation, et d'une part, les faits nombreux donnés avec quelques détails à la suite de chaque chapitre, d'autre part, le tableau des maladies étudiées par l'un de nous à la Maison royale de santé, l'atlas que nous joignons à cet ouvrage, prouveront assez l'abondance des observations sur lesquelles nos dogmes sont appuyés.

Telle a été effectivement l'origine du présent travail. Placée dans une position aussi favorable depuis

bien des années, madame Boivin n'a cessé de recueillir tous les faits de ce genre qui se sont succédé sous ses yeux; tout son temps, toute son attention y ont été consacrés. Durant la vie des malades, tous les moyens possibles d'exploration ont été appliqués, toutes les méthodes raisonnables de traitement essayées, et leurs effets constatés, comparés avec exactitude et imparpartialité (1). Après la mort, le cadavre a toujours été examiné avec soin quand l'autopsie a pu être faite; la figure, la position, la coloration des parties ont été aussitôt reproduites par une peinture fidèle, que madame Boivin a voulu exécuter elle-même pour plus de certitude. Aussi est-ce à elle qu'appartient entièrement la production des figures de l'atlas et la presque totalité des observations particulières. C'est pour cette raison que l'on n'a point cru devoir les désigner par une marque quelconque, et que l'on s'est contenté d'indiquer celles qui ont été fournies par son collaborateur.

Quant au texte, les auteurs de ce livre n'avaient aucun motif pour séparer la portion d'idées qui pouvait leur appartenir en propre à chacun : on sent d'ailleurs que la plupart du temps c'eût été chose impossible; aussi se sont-ils bornés à marquer d'un B, ou d'un D, quelques remarques spéciales qu'il était plus facile et plus convenable de rapporter à leur véritable source.

---

(1) *Voyez* la table synoptique après la préface.

Cette réflexion nous conduit à dire un mot des raisons qui ont motivé notre association pour la publication de cet ouvrage.

Depuis long-temps madame Boivin avait communiqué à M. Dugès une partie des observations précieuses qu'elle ne cessait de recueillir, et dont chaque jour voyait s'accroître l'assemblage. Ce produit de sa vie, pour ainsi dire, tout entière, lui donnait, sur sa destinée future, une sollicitude vivement partagée par celui à qui elle en avait montré les richesses. La crainte de paraître trop présumer de ses propres forces dans un sujet appartenant autant à la médecine proprement dite qu'à l'art des accouchemens, arrêtait madame Boivin plus que ne l'effrayaient les fatigues d'un travail de coordination et de rédaction : sous ce rapport cependant la coopération d'un aide pouvait encore lui procurer des avantages réels et lui épargner bien du temps et des peines.

A qui pouvait-elle mieux s'adresser qu'à celui qui, élevé à la même école, nourri des mêmes principes, instruit comme elle, moins peut-être par les leçons que par les conversations de madame Lachapelle et par la communication directe de ses remarques de toute époque, de ses observations journalières, à celui qui ajoutait à ces circonstances importantes les avantages d'une facilité de rédaction due à l'habitude d'enseigner? faut-il joindre à cela les facilités que donnent toujours, dans de pareilles associations, les liens d'une

ancienne amitié, la communauté de sentiments et d'opinions sur les hommes et sur les choses? Ce serait oublier le but de ces éclaircissements que de leur donner ici plus d'étendue; nous avons voulu seulement faire mieux concevoir à nos lecteurs la fusion d'idées, l'unité de pensées qui ont présidé à la composition de ce traité.

Il ne nous reste plus qu'à dire un mot de la distribution des matières qu'il renferme. Une introduction contenant les notions anatomiques et physiologiques nécessaires à l'intelligence du reste ouvre la marche. On y a annexé les préceptes généraux relatifs aux diverses manières d'établir physiquement le diagnostic des maladies de l'utérus et de ses annexes.

Vient ensuite le corps de l'ouvrage, divisé en deux parties, l'une pour les affections de l'utérus, l'autre pour celles de ses annexes. Dans cette dernière, les subdivisions sont tracées d'après l'ordre anatomique. Il n'en est pas de même dans la première: séparer les maladies du corps et du col de la matrice, c'eût été tomber dans des incertitudes et des redites perpétuelles; l'essence même des affections morbides a servi de base aux distributions secondaires. De là le partage du sujet en plusieurs sections dont chacune renferme, du moins pour la plupart, plusieurs chapitres particuliers; c'est ainsi que la deuxième section, consacrée aux lésions de situation de l'utérus, contient six chapitres distincts: 1º Généralités,

TABLE

Représentant le nombre des femmes qui sont entrées à la Maison royale de Santé de l'administration générale des Hôpitaux et Hospices de Paris ; de celles qui en sont sorties et de celles qui y sont mortes tant en Médecine (service du professeur Duméril) qu'en Chirurgie (service du professeur Dubois), depuis le 1er janvier 1819, jusqu'au 31 décembre 1831.

ANNÉES	EXISTANTES Le 1er Janvier.			ENTRÉES.			SORTIES.			MORTES.			OBSERVATION.
	Médec.	Chirurg.	Total.	Médecine.	Chirurgie.	Total.	Médecine.	Chirurgie.	Total.	Médecine.	Chirurgie.	Total.	
1819	20	15	35	327	177	504	237	160	397	97	21	118	La mortalité paraîtrait fort considérable, si l'on ne faisait remarquer que l'on apporte souvent dans l'établissement des personnes affectées de maladies chroniques, et dont un grand nombre sont mourantes : c'est ce qui se rencontre plus particulièrement pour les maladies internes qui sont du ressort de la médecine.
1820	13	11	24	311	155	466	228	137	365	81	23	104	
1821	15		21	339	175	514	236	154	390	96	14	110	
1822	22	13	35	431	170	601	315	168	483	114	8	122	
1823	24	7	31	475	173	648	382	154	536	95	12	107	
1824	22	14	36	424	163	587	323	153	476	99	12	111	
1825	24	12	36	596	191	787	456	172	628	143	21	164	
1826	21	10	31	463	174	637	373	165	538	95	12	107	
1827	16	7	23	349	148	497	276	132	408	76	8	84	
1828	13	15	28	369	160	529	274	155	429	94	15	109	
1829	14	5	19	375	163	538	292	138	430	77	16	93	
1830	20	14	34	354	163	517	272	146	418	85	15	100	
	224	129	353	4813	2012	6825	3664	1834	5498	1152	177	1329	

TOTAL des restantes et entrées. **7178.**

Nous ne comprenons pas dans le relevé ci-contre de notre journal les affections tuberculeuses, scrofuleuses du poumon, du mésentère, du péritoine, qui ont été très nombreuses, ni les affections du rectum qui pouvaient dépendre de celles de la matrice ou des ovaires.

Nous ferons remarquer encore qu'un grand nombre de cas d'affection de l'utérus et de ses dépendances coïncidaient avec d'autres affections pour lesquelles ces femmes étaient venues chercher des secours dans l'établissement ; que, chez beaucoup d'autres, l'affection de l'appareil utérin fut reconnue pendant le cours de la maladie principale à laquelle ces femmes ont succombé ; que chez d'autres enfin la maladie de l'utérus ou de ses annexes n'a été constatée qu'après la mort du sujet.

Cancer du cerveau.	2	707
— de l'œil.	2	
— du nez.	5	
— de la langue.	2	
— du cou.	2	
— du haut de la poitrine.	2	
Squirrhes et cancers de mamelles.	56	
— de la rate.	2	
— du foie.	2	
— des reins.	2	
— de l'épiploon.	4	
— de la vessie.	1	
Squirrhe, cancer ou ulcération de l'utérus.	409	
— des ovaires.	203	
— du rectum.	12	
— de la fesse.	2	
— du pied.	2	
Total.	707	

Nota. La maison royale de santé, située rue du Faubourg Saint-Denis, est destinée à recevoir les malades des deux sexes, en payant un prix de journée déterminé par les réglements de l'administration générale des hôpitaux dont elle dépend. L'établissement contient 114 lits ; 52 pour les hommes et 62 pour les femmes. On y traite tous les genres d'affection, excepté la folie et les maladies contagieuses.

(*Page XIII.*)

2° Prolapsus, 3° Antéversion, 4° Rétroversion, 5° Hernies, 6° Fixité anormale de l'utérus. Ce dernier est un de ceux qui pourraient servir d'exemple, si on voulait citer quelques-uns des objets nouveaux ou peu connus dont ce traité renferme l'exposition.

Nous présenterions aussi au même titre deux chapitres de la section suivante, l'antéflexion et la rétroflexion; mais nous en avons dit assez pour recommander notre œuvre à l'attention des praticiens, quand même nous n'aurions fait porter nos remarques que sur les points de doctrine déjà compris dans le domaine de la science.

10 Septembre 1832.

TABLE

DES

PLANCHES CONTENUES DANS L'ATLAS DE CET OUVRAGE.

Planche Ire. Représentant la direction de l'utérus dans l'état de vacuité, vu par les faces antérieure, postérieure, de profil et ouvert à l'époque des règles. (4 figures.)

— II. Museaux de tanche à l'état normal aux différents états de la femme. (6 figures.)

— III. La disposition des plans fibreux de l'utérus à l'état de grossesse, vue par la face antérieure de l'organe.

— IV. Utérus vu après la déplétion récente du produit, de la conception *à terme* du côté de sa face antérieure, et recouverte encore par le péritoine.

— V. Vue de la disposition des fibres de la face antérieure de l'utérus récemment vide du produit de la conception à terme, après avoir été dépouillé du péritoine et de la tunique utéro-sous-péritonéale.

— VI. Vue de la disposition des fibres de la face postérieure de l'utérus.

— VII. Vue de l'utérus par sa face interne, après la déplétion récente du produit de la grossesse à terme.

— VIII. Prolapsus du vagin pris par erreur pour un polype et traité comme tel.

— IX. Déplacement de l'utérus à divers degrés; flexion, extroversion. (8 figures.)

— X. Prolapsus complet de l'utérus. (2 figures.)

— XI. Élongation, forme aplatie, hernie crurale, anté et rétroversion de l'utérus. (5 figures.)

— XII. Renversement ou introversion de l'utérus occasionée par l'extraction précipitée du placenta. (2 figures.)

— XIII. Cas d'oblitération complète de la cavité de l'utérus et de transformation de tissu de l'organe. (3 figures.)

— XIV. Tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

— XV. Plusieurs cas de tumeurs de l'utérus occupant diverses régions de l'organe. (3 figures.)

— XVI. Cas d'aménorrhée; tubercules dans la cavité de l'utérus et dans ses annexes, chez une jeune fille de seize ans.

PLANCHE XVII. Mole vésiculaire avec les membranes fœtales et polype en battant de cloche. (2 figures.)
— XVIII. Polypes de l'utérus (métrorrhagie). (5 figures.)
— XIX. Polypes de la cavité de l'utérus. (4 figures.)
— XX. Polypes de la cavité de l'utérus pendant la grossesse.
— XXI. Dégénérescence squirrheuse de la lèvre antérieure du museau de tanche.
— XXII. Coupe de l'utérus représenté dans la planche XXI.
— XXIII. Tuméfaction squirrheuse de la lèvre postérieure du museau de tanche. (3 figures.)
— XXIV. Encéphaloïde ou choufleur du museau de tanche. (5 figures.)
— XXV. Utérus après l'excision de son col. (2 figures.)
— XXVI. Erosions et ulcérations superficielles du museau de tanche de l'utérus. (5 figures.)
— XXVII. Affections diverses du museau de tanche. (7 fig.)
— XXVIII. Dégénérescences diverses du museau de tanche. (8 figures.)
— XXIX. Tubercules et ulcérations de l'appareil génital interne, ossification des vaisseaux utérins. (3 fig.)
— XXX. Dégénérescence cancéreuse de l'utérus avec destruction du col de l'organe. (2 figures.)
— XXXI. Cancer de l'utérus du rectum et de la paroi postérieure du vagin. (figure.)
— XXXII. Utérus affecté de ramollissement avec phlébite de cet organe. (3 figures.)
— XXXIII. Mélanose des trompes utérines avec oblitération de leurs orifices.— Tumeurs des ovaires. (4 figures.)
— XXXIV. Hydropisie de la trompe et de l'ovaire gauches.
— XXXV. Hydropisie enkystée de la trompe. (3 figures.)
— XXXVI. Grossesse tubaire.
— XXXVII. Diverses affections naissantes de l'ovaire. (8 fig.)
— XXXVIII. Affections des deux ovaires.
— XXXIX. Dégénérescence des deux ovaires chez une femme de vingt-deux ans.
— XL. Tuméfaction des grandes lèvres. — Fistule recto-vaginale vulvaire. — Concrétion des veines du ligament large. (3 figures.)
— XLI. Maladies de la vulve et des organes qu'elle renferme. (5 figures.)

CORRECTIONS ESSENTIELLES.

Page 10,	*ligne* 13;	*ajoutez une virgule après le mot* fondamental.
11,	— 1re;	*au lieu de* térus, *lisez* l'utérus
13,	*note* 1;	lisez *ad artem obstetriciam.*
22,	*ligne* 3;	*lisez* le col des vésicules.
23,	— 9;	*lisez* le corps sur-tout surpasse bientôt le col.
25,	— 16;	*effacez* ces.
32,	— 2;	*ajoutez une virgule après le mot* droite.
34,	— 24;	*après le mot* villeuse, *ajoutez le renvoi* (1).
47,	*note,*	au lieu de *generis,* lisez *genesi.*
72,	*ligne* 17;	*lisez* chlorure de chaux.
75,	— 18;	*au lieu de* ressources, *lisez* sources.
78,	— 4;	deux, *lisez* des
79,	— 10;	*avant ces mots* à la suite, *mettre* 2°.
117,	— dernière;	de, *lisez* en
168,	—20 et suiv.	antes, *lisez* par un des ovaires, ou plus probablement encore par quelque tumeur épiploïque, qui entraînait ensuite l'utérus par continuité de tissu, ou par adhérence accidentelle.
220,	*note*;	pour antéversion rétroversion, *lisez* antéflexion rétroflexion.
260,	*ligne* 20;	cinquante-trois, *lisez :* trente-deux.

Nous recommandons spécialement au lecteur les troisième, quatrième, onzième et quatorzième corrections.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS

ET DE SES ANNEXES.



INTRODUCTION.

§ 1er. Considérations générales sur les organes génitaux de la femme.

L'ensemble des organes par lesquels la femme concourt à l'acte de la reproduction, constitue un appareil dont toutes les pièces sont unies l'une à l'autre, et semblent par conséquent en continuité de substance; mais quand on vient à les examiner chacune en détail et le scalpel à la main, on reconnaît bientôt que leur organisation, leur texture intime ne diffère pas moins que leur forme et que leurs usages. Ces différences anatomiques et physiologiques doivent tout naturellement en faire supposer de non moins tranchées dans les maladies dont ils peuvent devenir le siége; de là, la nécessité de les étudier isolément malgré leurs prochaines connexions; de là, la distribution fondamentale de nos matériaux dans le présent ouvrage.

Ce n'est donc point sur l'identité de texture ni même sur l'identité des affections morbides que nous nous sommes fondés pour réunir, dans un même travail, les altérations des parties génitales propres au sexe féminin :

d'autres raisons ont motivé cet assemblage. Liés entre eux par l'enchaînement de leurs fonctions autant que par leurs relations anatomiques, les organes de la génération sont exposés à l'action de causes morbifiques semblables ou analogues; cachés, pour la plupart, à une certaine profondeur, ils réclament souvent des moyens de diagnostic communs, ils doivent être soumis aux mêmes genres d'exploration; leurs lésions peuvent d'ailleurs se confondre en raison de leur voisinage: il est donc bon de les présenter, pour ainsi dire, simultanément ou du moins comparativement, à l'étude des praticiens.

Un motif moins scientifique, mais non moins valable, c'est la conduite journellement suivie par les femmes dans leurs indispositions ou dans leurs craintes; d'une part, un sentiment de pudeur bien naturel, d'autre part, une confiance particulière, quelquefois même exclusive sur ce point, dans les lumières des personnes vouées à l'exercice de l'art obstétrical, les déterminent à s'adresser à elles indifféremment pour toutes les maladies, de quelque nature qu'elles soient, qui siégent dans les parties caractéristiques de leur sexe. Il est donc bon que ces personnes trouvent, dans un recueil unique, l'assemblage de ces lésions variées dont elles auront à s'occuper chaque jour.

Quoique faisant, jusqu'à un certain point, partie des organes de la reproduction, les mamelles n'entrent point dans le système des parties génitales proprement dites: aucune des considérations précédentes ne leur est affirmativement applicable; et pour ce qui a trait à notre dernière réflexion en particulier, chacun sait que leurs maladies sont journellement soumises à l'examen, confiées aux soins des praticiens ordinaires, des chirurgiens surtout, et qu'elles se trouvent relatées, avec tous les détails désirables, dans tous les traités de chirurgie. Nous nous sommes cru, en conséquence, dispensés de nous en

occuper ici, réservant toute notre attention pour ce que nous appellerions volontiers le système utérin de la femme, c'est-à-dire pour l'utérus et ses annexes internes ou externes.

S'il est vrai, comme nous l'avons supposé plus haut, que la texture d'une partie donne à ses altérations des caractères, des formes propres; si ses fonctions l'exposent à des dérangements particuliers, comme le simple bon sens l'indique, on sentira, sans qu'il faille le démontrer davantage, l'utilité d'une exposition succincte de l'état normal, anatomique et physiologique, dans les organes à la pathologie desquels notre travail est spécialement destiné, c'est-à-dire, l'utérus, les trompes, les ovaires, le vagin et la vulve.

§ 2. De l'utérus ou matrice considéré au dehors.

Bien que, sur un sujet vivant, la forme, la situation, les dimensions, le poids, la consistance de l'utérus ne puissent être appréciés avec la même exactitude que quand une dissection soignée l'a dépouillé, sur le cadavre, de toutes les parties qui l'environnent, il est cependant possible de juger, à un certain degré, de ces diverses conditions par des explorations variées; et c'est pour rendre ces explorations vraiment fructueuses, qu'il faut avoir bien présent à l'esprit le véritable état normal dans ses détails essentiels: c'est le moyen de juger de ce qu'on n'aperçoit pas, par ce qu'on peut directement et sensiblement apprécier.

L'utérus, ce centre du système reproducteur, ce réceptacle du produit de la conception, qui doit l'expulser après l'avoir nourri, a, chez la femme adulte, la forme d'une poire aplatie sur deux faces et brusquement rétrécie au-dessous du milieu de sa longueur. La base de ce conoïde (fond de la matrice) arrondie, située sur la ligne médiane du corps, ou légèrement inclinée à droite, tour-

née en haut et en avant quand la femme est debout et la vessie peu distendue; portée un peu en arrière, c'est-à-dire, autant que le permet la plénitude ou la vacuité du rectum et sur-tout l'alongement de ses ligaments ronds, quand elle est couchée sur le dos, cette base, disons-nous, ne dépasse point le niveau du détroit supérieur du bassin et ne peut être sentie, à travers les parois abdominales, qu'autant que celles-ci, très minces et très lâches, se laissent déprimer et enfoncer aisément : le bout des doigts l'atteint alors, éprouve la sensation, quelquefois fugitive, d'un corps arrondi, mobile et cédant à la pression, quoique paraissant assez dur, d'un volume difficilement appréciable par conséquent, mais de peu de surface néanmoins, et de façon à ne pouvoir être simultanément frappé que par deux doigts tout au plus. Le sommet tronqué du conoïde fait saillie dans le vagin; on le nomme *museau de tanche*, et fréquemment, dans la pratique, on l'appelle col de la matrice, quoique cette dénomination appartienne, en réalité, à la portion inférieure de l'organe, qu'un rétrécissement sépare du corps ou de la partie supérieure. (*Voy*. Pl. I[re], fig. 1 et 2 *de l'Atlas.*)

Cette saillie, appuyée sur la paroi postérieure du vagin, et soutenue par ce canal que le rectum supporte lui-même, se trouve plus en arrière que le fond de l'utérus ; le plus souvent, elle est assez peu éloignée de la partie inférieure du sacrum ou de son articulation avec le coccyx, sur-tout chez les femmes dont le vagin est large et flasque ; d'où il résulte que la matrice, logée dans l'excavation pelvienne, a son grand diamètre dirigé à peu près comme l'axe du détroit supérieur ; sa face antérieure regardant à la fois en bas et en avant, la postérieure en haut et en arrière, le fond en haut et en avant, l'orifice externe ou le museau de tanche en bas et en arrière.

Nous avons donné comme synonymes ces deux der-

nières dénominations. C'est effectivement sur la saillie formée par le sommet du conoïde, que se voit l'orifice externe ou vaginal de la cavité utérine. Cet orifice, presque circulaire et fort petit chez les vierges, représente, au toucher, une dépression légère au centre d'une saillie arrondie, régulière et peu volumineuse. (*Voy.* Pl. II, fig. 1re.) Chez les femmes, la saillie est plus considérable et l'orifice plus grand; c'est alors une fente transversale bordée de deux lèvres saillantes. L'antérieure semble plus courte et plus épaisse, parfois même elle est comme effacée, parce qu'elle se confond avec la paroi antérieure du vagin, en raison de l'inclinaison générale de la matrice, dont il a été question plus haut. La postérieure, mieux dégagée, semble plus longue et plus mince; mais bien souvent la lèvre antérieure s'alonge, s'élargit et s'épaissit davantage que la postérieure, en quelque façon cachée par elle; de sorte que l'orifice regarde plus en arrière qu'il ne ferait s'il se trouvait exactement à l'extrémité inférieure de l'axe de l'utérus. Le museau de tanche semble coupé, par conséquent, en bec de flûte, aux dépens de la face postérieure; aussi son orifice est-il, dans quelques cas, assez difficile à atteindre, et ne peut-on le sentir qu'en recourbant le doigt porté dans le vagin? (*Voy.* Pl. Ire, fig. 3.) Il est des femmes chez lesquelles, après des couches réitérées, la saillie des lèvres a totalement disparu, l'orifice occupant directement le fond du vagin, en forme d'entonnoir: nous avons rencontré plusieurs fois cet état de choses; mais il est bien plus commun de trouver cet orifice grand, en partie béant, au point d'admettre le bout du doigt, prolongé en arrière et à gauche par une fissure oblique, à bords arrondis, enfoncés, faisant irrégulièrement suite à la fente normale. Ce sont là des traces ordinaires, quoique nulles quelquefois, de l'accouchement même le plus régulier. Quelques fissures ou cicatrices moins considé-

rables déforment parfois ces lèvres, et leur bord le plus voisin de l'orifice présente assez souvent de petites bosselures arrondies, formées par des follicules vésiculeux semblables à ceux qu'on trouve plus constamment dans la cavité même du col.

Il faut noter encore que, toutes choses égales d'ailleurs, le museau de tanche s'engorge momentanément vers l'imminence de la menstruation; il est plus gros alors, et aussi, dit-on, plus ouvert; d'où résulte plus d'aptitude à la fécondation. Ce qu'il y a de certain, c'est que tout l'organe semble également plus volumineux et plus pesant alors. (*Voy.* Pl. II, les fig. 1, 2, 3, 4 et 5, et leur explication.)

Son col est aussi plus coloré à cette même époque, ainsi que le spéculum nous l'a, plus d'une fois, fait connaître; dans tout autre temps, il est d'un rose pâle chez les jeunes filles, d'un rose plus vif chez les femmes, rouge même chez celles qui sont sanguines et universellement colorées, blafard et grisâtre ou pâle chez les femmes avancées en âge.

Toujours humide et enduit à l'extérieur d'une couche légère de mucosité fort peu dense, le museau de tanche contient, au contraire, dans son orifice, une matière glaireuse, très collante, très épaisse, demi-transparente ou légèrement trouble, qui, parfois, se répand dans le haut du vagin, et qui paraît sécrétée par les follicules vésiculeux dont il vient d'être question.

Terminons cette exposition d'anatomie, comme on voit, toute médicale, toute applicable à la pratique, par un mot sur la température et la sensibilité de cette région de la matrice, que l'observateur a si souvent besoin d'examiner. Les différences de chaleur que le museau de tanche peut offrir dans l'état normal, selon que la menstruation est prochaine ou éloignée, selon que la matrice contient ou non un produit nouveau, sont assez peu

considérables pour ne pouvoir pas être facilement appréciées ; elles se confondent avec les variations que peut subir également le vagin dans un mouvement de fièvre, etc., et ne font éprouver au doigt explorateur qu'une impression semblable à celle que donne le contact des parois de toutes les cavités intérieures, du rectum, par exemple. Mais la sensation que produit, chez la femme même, la pression du doigt sur l'orifice utérin, est plus importante à noter : dans l'état sain, cette pression est assez faiblement ressentie, si elle est exercée sans effort ; l'ongle même ne cause pas beaucoup plus d'effet ; c'est une simple sensation de contact, qui n'a rien de bien douloureux : une pression plus forte agit en déplaçant tout l'utérus, et occasionant une sensation de secousse : tout sentiment de douleur, de piqûre, de tiraillement, amené par une exploration circonspecte du museau de tanche, est morbide.

§ 3. De la matrice considérée à l'intérieur.

Nous avons parlé d'une cavité dont le museau de tanche offre l'issue. En effet, quand on fend l'utérus, on voit que son centre laisse un vide peu considérable et à parois contiguës ou presque contiguës d'avant en arrière, surtout lorsqu'il n'a jamais été distendu par la présence d'un fœtus. Cette cavité a donc bien peu d'étendue dans le sens antéro-postérieur; elle en a davantage d'un côté à l'autre, plus encore de haut en bas. Envisagée dans ce dernier sens, elle se partage assez naturellement en deux portions : la supérieure est celle du corps ; elle répond aux cornes de l'utérus de la plupart des animaux mammifères ; de là, le nom commun *ad uterum* donné au corps de la matrice humaine et aux cornes de celles des quadrupèdes par M. Geoffroy Saint-Hilaire. La deuxième, ou celle du col, répond au corps de l'utérus proprement dit chez les animaux dont nous venons de parler.

Un étranglement peu prononcé chez beaucoup de

sujets, sur-tout après une ou plusieurs parturitions, sépare ces deux portions ; on le nomme *orifice interne* ou *cervico-utérin*, pour le distinguer de *l'externe* ou *vaginal*, dont il a déjà été question.

La cavité du corps est triangulaire : un des angles répond à l'orifice cervico-utérin ; les deux autres, latéraux et supérieurs, infundibuliformes et très étroits, se continuent avec l'intérieur des trompes utérines. Des bords qui circonscrivent le triangle, les deux latéraux sont légèrement convexes, presque droits ; mais le supérieur est fortement courbé en bas ou vers l'intérieur chez les vierges ; il échancre ainsi l'aire du triangle à sa partie la plus élevée, comme pour rappeler la division en deux cornes propre à beaucoup d'animaux, et dont la femme même offre quelquefois des exemples réels, ainsi qu'on le verra plus loin. Cette saillie s'efface, et le bord devient même concave après une ou plusieurs couches. Quant aux parois, elles sont plates ou légèrement concaves, lisses, humectées d'une mucosité séreuse, et habituellement colorées d'un rose blanchâtre, ou plutôt jaunâtre ; mais à l'époque de la menstruation, on les trouve rougies par du sang qui s'en exhale de toutes parts ; on peut en faire suinter du sang en gouttelettes, soit par la compression, soit par l'immersion dans l'eau chaude, comme l'un de nous l'a déjà fait remarquer dans un autre ouvrage (1) : le tissu ramolli de l'organe en paraît imbibé (Pl. I, fig. 4.), il en est quelquefois même, en apparence au moins, ecchymosé dans une foule de points à sa superficie (2).

Rien de semblable ne se voit à l'intérieur du col ; car nous nous sommes assurés, comme l'illustre anatomiste que nous venons de citer, et plusieurs autres, que le sang menstruel, dans l'état de santé, n'est jamais fourni que

(1) Madame Boivin, *Mémorial de l'Art. des Accouchements*, 3e éd., p. 66.
(2) *Morgagni, adv. anat.* I, p. 46 ; *Mauriceau, observat.* 49.

par le corps de la matrice ; aussi le col est-il moins rouge, moins mou, moins vasculaire que le corps. Sa cavité, à peine plus élargie, chez les femmes accouchées déjà, que ses deux orifices, est plus décidément elliptique dans son contour, chez les vierges. Aplatie et réduite presque au contact de ses parois d'avant en arrière, cette cavité, de même que celle du corps, n'a, par conséquent, que deux parois distinctes, une antérieure, et une postérieure. Sur l'une et sur l'autre, on voit des follicules qui souvent deviennent vésiculeux, transparents, et sont remplis d'une sorte de gelée visqueuse; ils sont destinés, sans doute, à la sécrétion de la matière collante dont nous avons parlé plus haut, et qui semble obstruer la cavité tout entière, sur-tout au commencement d'une grossesse. Mais cet état vésiculeux ne leur est sans doute point naturel; il est dû à l'accumulation du liquide visqueux dans leur cavité, et de semblables vésicules se montrent également, et sont de même nature, à la membrane muqueuse qui revêt la bouche, derrière les lèvres ou sous la langue. Sur ces parois du col de la matrice sont, en outre, comme sculptés de nombreux reliefs, que leur disposition la plus ordinaire avait fait nommer, par allusion à leur forme et aux usages de l'organe, arbre de vie; nom tout aussi impropre que celui d'œufs de Naboth donné aux follicules vésiculeux, qu'un anatomiste de ce nom avait le premier signalés comme ayant une grande importance dans les phénomènes de la reproduction. Minutieusement décrites par Haller (1), et par d'autres, ces crêtes arborisées, ou plutôt pinnatifides, ramifiées un peu différemment à la paroi antérieure et à la postérieure, ainsi qu'on peut s'en convaincre dans notre Atlas (Pl. I, fig. 4, Pl. II, fig. 6), semblent formées par l'assemblage des fibres musculaires diversement réunies en faisceaux ou co-

(1) *Opera minora*, t. II, p. 32.

lonnes adhérentes aux parois, comme beaucoup de celles du cœur, aux plus petites desquelles on peut les comparer sous tous les rapports.

§ 4. De la matrice considérée dans sa texture.

En comparant certaines portions de la matrice à certaines portions du cœur, nous avons fait un rapprochement qui pourrait, anatomiquement, se soutenir à plusieurs autres égards. Dans l'un, comme dans l'autre de ces organes, nous trouverions une membrane séreuse extérieure, un tissu musculaire dense, mais en certains cas bien distinct, à plusieurs couches, et peut-être aussi une membrane interne jusqu'à un certain point comparable. Parlons d'abord du tissu fondamental de la substance qui fait la masse de l'utérus; nous nous occuperons ensuite de ses membranes.

Une substance charnue, mais ferme, de consistance et d'aspect presque fibro-cartilagineux, plus serrée et plus pâle au col, un peu rougeâtre au corps, donne à ce viscère une densité plus grande qu'à la plupart des autres organes creux; aussi se soutient-il dans sa rectitude par sa seule fermeté, et ne se laisse-t-il déprimer en aucun endroit, mais seulement repousser en masse par le doigt explorateur : aussi, résiste-t-il efficacement à la distension, et ne se laisse-t-il élargir que par un effort considérable, soutenu et très lent dans son action, comme l'accumulation du sang menstruel dans les cas d'imperforation, l'agrandissement du fœtus et de ses annexes durant la grossesse, etc., etc. Dans cette substance marchent de nombreux vaisseaux artériels et veineux, anastomosés ensemble par de larges communications, ainsi que le prouvent les injections, sur-tout dans un utérus distendu par la grossesse encore existante, ou peu après la parturition. Ce n'est guère que dans cet état de choses qu'on peut se faire une idée exacte de la texture de

térus, telle que nous l'allons détailler; c'est alors que le lacis vasculaire est porté à un développement qui permet de le suivre avec facilité, et que les fibres contractiles se montrent avec toutes leurs propriétés caractéristiques. Jusque là, on ne pouvait savoir si les orifices ténus qui laissent suinter dans la matrice le sang des règles, étaient réellement des orifices de veines abouchées avec des artères, ni si le feutrage fibrillaire qui fait la masse de l'organe était réellement musculeux. Aussi, avait-on refusé cette texture à l'utérus, et les plus raisonnables (1), tout en la reconnaissant bien évidente à la fin de la grossesse, pensaient que, dans l'état de vacuité, on ne pouvait la comparer tout au plus qu'au tissu élastique des artères (*Lobstein*, etc.). On peut croire effectivement que, dans cet état de réduction, de condensation, la fibre utérine est peu susceptible de remplir les fonctions musculaires; mais les changements qui la rendent apte à ces fonctions, ne la font pas pour cela nécessairement changer de nature; ils l'étendent seulement en faisceaux jusques là indistincts, lui donnent la souplesse et la force convenables.

On peut toutefois reconnaître, même sur un utérus vide, mais un peu engorgé par la menstruation : 1° des fibres longitudinales formant, immédiatement sous le péritoine, un ruban étendu longitudinalement en avant et en arrière sur la région médiane du viscère, de son corps au moins; 2° des fibres obliques convergeant de toute la surface extérieure du corps de la matrice vers les cordons sus-pubiens, les trompes et les ligaments des ovaires. (Pl. I, fig. 1 et 2.)

---

(1) D'autres l'avaient niée même alors; la violence des contractions utérines dans le travail puerpéral ne les avait pas convaincus. Cette preuve, jointe à la simple inspection, était cependant assez concluante pour n'avoir pas besoin d'être confirmée par un examen comparatif au microscope, comme l'a fait Rœdérer, ou par l'analyse chimique de Schwilgue, qui y a démontré une grande proportion de fibrine.

Celles-ci peuvent être distinguées en plusieurs faisceaux larges et plats d'après la direction de leurs fibres. Sur le fond de l'organe, un faisceau de fibres transversales va, de chaque côté, se terminer à l'origine de la trompe utérine, sur laquelle il se continue en constituant la couche extérieure ou longitudinale de ces fibres. Une partie se porte en arrière vers l'ovaire dont elle forme le ligament. Sur la face antérieure, deux larges faisceaux obliques, l'un descendant, l'autre presque transversal, se rendent aussi, de chaque côté, au ligament rond ou cordon sus-pubien. Sur la face postérieure, au-dessous du faisceau décrit en premier lieu, s'en trouve un fort large, à fibres obliques et ascendantes; il se divise en deux portions : l'une s'épanouit en ailerons en se portant vers la base de l'ovaire, l'autre se contourne sur le côté, pour se réunir aux fibres des faisceaux antérieurs, et composer ensemble le *cordon sus-pubien*. On nomme ainsi un faisceau cylindroïde charnu et vasculaire qui, soulevant le péritoine, se porte en avant, entre dans le canal inguinal, et après l'avoir parcouru, comme le cordon spermatique chez l'homme, s'épanouit au-dessous de l'anneau inguinal externe dans le tissu cellulaire du pénil, et peut-etre se continue en partie, selon le dire de Meckel, avec quelques fascicules des muscles de l'abdomen.

Nous devons annexer encore à ces assemblages de fibres, deux fascicules assez puissants qui, nés de la région médiane et postérieure du col, dans la substance duquel ils prennent racine, s'écartent, se portent en arrière, en soulevant aussi le péritoine, et vont se fixer sur les bords latéraux de la région moyenne du sacrum, constituant les ligaments postérieurs de la matrice ou *cordons utéro-sacrés*, cordons non moins propres que les sus-pubiens à conserver au viscère sa situation normale; car, si ces derniers empêchent le fond de se renverser en arrière, les premiers empêchent le col de se porter trop

en avant dans le vagin, qui, comme nous le dirons plus bas, a une direction toute différente de celle de l'utérus (Pl. I, fig. 2).

Telle est la disposition des fibres de la couche extérieure ou superficielle dans les parois de la matrice : disposition à peine soupçonnée avant que nous l'eussions démontrée par des préparations anatomiques et des figures exactes. (Mémoire présenté à l'Académie de Médecine, en octobre 1821, par madame Boivin.)

Durant la grossesse, le ruban longitudinal médian, écarte ses fibres, les rejette sur les côtés pour les confondre avec les obliques dont il semble n'être que la suite, le prolongement changeant seulement un peu sa direction, à cause du retrait de tout l'organe condensé vers son centre. (*Voy*. Pl. III.)

Dans un utérus de femme morte enceinte ou en couches, la macération rend la dissection du péritoine plus facile, et l'on reconnaît sans difficulté, sur le viscère distendu convenablement, la direction des fibres extérieures qui convergent vers les trompes utérines les ligaments des ovaires et les cordons sus-pubiens (Pl. V et VI), et non exclusivement vers ces derniers, comme l'a cru Rosemberger, et comme il l'a figuré dans des planches, du reste fort exactes (1). Mais en outre on distingue parfaitement alors la direction des faisceaux et des fibres de la couche profonde ou intérieure. En effet, bien que les fibres de cette couche s'assemblent et se disjoignent fréquemment pour former ces fascicules onduleux et réticulés si bien figurés dans le grand ouvrage de Hunter (2), l'ensemble de ces fascicules n'en est pas moins facile à suivre, et maintes fois cet état de choses a été constaté par les deux auteurs du présent ouvrage.

---

(1) *Schlegel, Sylloge operum minorum ab artem obstriciam. Lipsiæ*, 1795; t. 2, p. 296, et tab. VI, VII.

(2) *Anatomia uteri humani gravidi. Londini*, 1774, in-fol.

On peut alors s'assurer, avec Verheyen, que les fibres du col sont principalement transversales ou circulaires, à part quelques faisceaux irréguliers, restes des feuillets arbusculés qu'on y remarque dans l'état de vacuité; on peut aussi reconnaître que le corps est envahi par des cercles concentriques formant deux larges cônes creux, dont l'orifice de chaque trompe marque le centre et le sommet (*Voy.* l'Atlas, Pl. VII), ainsi que l'avait parfaitement reconnu Weitbrecht.

Outre ces deux couches principales, on pourrait, dans l'utérus d'une femme enceinte, reconnaître plusieurs plans superposés et dont les fibres entrecroiseraient en divers sens leurs directions respectives; c'est ce qu'ont fort bien remarqué Rœdérer, Loder, Meckel et autres; mais ces plans secondaires se confondent trop intimement avec les deux principaux et sur-tout avec celui que nous avons décrit sous le nom de couche extérieure, pour qu'on doive en tenir scrupuleusement compte dans la considération de la *structure rationnelle* de l'utérus.

De tout céla, semblerait devoir résulter effectivement une organisation bien compliquée, bien extraordinaire et, pour ainsi dire, sans analogue. Pour soulager l'imagination du lecteur, faisons lui envisager les objets sous un point de vue plus simple et plus rationnel : pour cela, séparons un moment, en idée, le corps et le col de la matrice. Si celui-ci n'offre pas manifestement, à son extérieur, des fibres longitudinales, il en fait voir de très évidemment transversales à l'intérieur. Quant au corps, partagez-le de nouveau idéalement en deux moitiés, en deux cornes ou *ad uterum*; chacune de ces moitiés vous offre un cône sur lequel vous trouvez, de la manière la plus évidente, des fibres longitudinales ou convergentes à l'extérieur, des circulaires à l'intérieur; or, telle est justement la disposition des fibres dans les cornes utérines des mammifères; là, comme aux intestins, à l'œso-

phage, etc., etc., vous retrouvez une couche de fibres longitudinales au-dehors, une de fibres transversales au-dedans; l'analogie est donc parfaite, et cette structure, si singulière au premier abord, est ainsi ramenée à la règle universelle.

Si les changements survenus durant la grossesse nous ont aidé à bien constater et la nature et l'arrangement du tissu contractile, ils ne nous fourniront pas des notions moins utiles sur les vaisseaux qui parcourent les parois de la matrice; d'innombrables veines, nées des hypogastriques et des ovariennes, dilatées outre mesure, forment alors un large réseau, remarquable sur-tout vers l'insertion du placenta. Ce réseau, placé entre les deux couches musculaires dont il a été question plus haut, mais plus près de l'intérieur que de l'extérieur du viscère, mélangé même, pour ainsi dire, ou entrelacé avec les faisceaux de la couche profonde (*Rœdérer*), offre de grandes ouvertures dans les lieux où le placenta s'est greffé, ouvertures régulières, lisses, bien reconnaissables pour des orifices naturels simplement agrandis (1). On doit donc penser que ce sont ces mêmes orifices qui, bien plus petits à l'état de vacuité, donnent passage au sang des menstrues (2), comme ils laissent passer, dans tout leur développement, celui qui sert à la nutrition du fœtus. L'un et l'autre leur est fourni par de larges anastomoses artérielles; car nous avons trouvé dans ces veines, qu'on nomme encore *sinus utérins*, l'injection, assez ténue il est vrai, que nous avions poussée dans les artères. Ces artères sont aussi en grand nombre, mais d'un volume de beaucoup inférieur à celui des veines. C'est vers la face externe qu'elles abondent; c'est là qu'elles forment un réseau

---

(1) Voy. *Hunter*, pl. X, fig. 1 et 3, XIV, fig. 1, et XVIII; *Rœdérer*, pl. VI, fig. 1.

(2) *Voy.* sur-tout en preuve de ce l'observation citée de Mauriceau, t. II, p. 43.

bien plus fin que celui des veines, en raison de leurs innombrables subdivisions. Leurs troncs et leurs branches principales sont excessivement onduleux, parfois même tournés en spirale serrée, ou bien tout-à-fait serpentins : ils ne redressent leurs courbures que dans un développement excessif de la cavité utérine. Une partie vient des artères ovariques, une autre des utérines, et, comme les veines, elles sont beaucoup plus grosses, plus nombreuses au corps qu'au col, si ce n'est dans quelques cas rares, ceux d'insertion anormale du placenta.

Il nous reste maintenant à parler des membranes qui revêtent le tissu que nous venons de décrire. Pour l'extérieure, elle ne peut être l'objet d'aucun doute : c'est une expansion du péritoine unie à la substance charnue par un tissu filamenteux assez épais, assez consistant, et qui pourtant permet un certain déplacement de cette membrane séreuse durant la grossesse. Ce tissu d'union pourrait être considéré comme une deuxième membrane ou tunique comparable à la capsule de Glisson pour le foie : elle environne effectivement la matrice de toutes parts, et concourt si efficacement à sa fermeté que, après son ablation, le tissu propre perd beaucoup de sa consistance, et se laisse aisément déformer, défeutrer même : elle donne aussi beaucoup de force aux replis utéro-vésicaux du péritoine, dans l'épaisseur desquels elle se glisse, et augmente celle des cordons utéro-sacrés et sus-pubiens, qu'elle revêt comme le reste de l'utérus et tout le vagin : un de nous l'a vue, en général, si forte et si épaisse, qu'elle lui a semblé musculaire.

En arrière et au milieu, le péritoine descend plus bas que le col de l'utérus, puisqu'il tapisse une portion du vagin (*Voy.* les fig. de la I[re] pl. et leur explication) ; mais, un peu latéralement, il recouvre, comme nous l'avons dit, deux faisceaux musculaires, les cordons utéro-sacrés qui le soulèvent et lui font former deux plis falciformes, connus sous le nom de ligaments postérieurs. En avant,

la membrane séreuse ne descend que jusqu'au voisinage du col; là elle passe sur la vessie; de sorte que, plus bas, du tissu cellulaire lie ensemble les deux organes. Deux replis, moindres que les postérieurs, ont reçu le nom de ligaments antérieurs de l'utérus ou utéro-vésicaux. Selon Meckel, ils contiennent aussi des fibres charnues. Latéralement, le feuillet qui a couvert la face antérieure est adossé au postérieur; en sorte que l'on peut considérer le péritoine comme formant, en travers, dans l'excavation pelvienne, un large pli en forme de cloison, au milieu duquel est logé l'utérus, et de chaque côté, en bas, les vaisseaux qui lui parviennent, et en haut, dans trois duplicatures secondaires, le cordon sus-pubien qui fait peu de saillie, la trompe et l'ovaire avec son ligament, qui sont au contraire environnés de toutes parts et couverts par la séreuse dans tous leurs reliefs. Ces portions latérales du grand repli transverse, que nous nommerons *replis utéro-iliaques*, ont été appelés *ligaments larges*. On y voit, chez les grands mammifères, des fibres charnues, douteuses chez la femme, bien que quelques anatomistes disent les avoir vues : leur existence rendrait ces replis plus aptes à maintenir droit l'utérus et à l'empêcher de vaciller d'un côté à l'autre; elles existent plus évidemment dans les duplicatures secondaires qui supportent l'ovaire et la trompe, duplicatures qui ont reçu le nom d'ailerons, d'ailes de chauve-souris, etc.

Existe-t-il ou non une membrane interne? Question résolue négativement, d'après l'inspection de pièces nombreuses, et sur-tout d'utérus récemment débarrassés du produit de la conception par Méry, Morgagni (1), Azzoguidi (2), Chaussier (3), affirmativement au contraire par

(1) *Adv. anat.* IV.

(2) *Obs. ad uteri constr. pertinentes.*

(3) Lettre à Mad. Boivin, insérée dans la traduction du *Traité des Hémorrhagies de l'utérus de Rigby et Duncan.* Paris, 1818, in-8°.

la majeure partie des anatomistes. Il est certain qu'après l'accouchement, que durant la grossesse, après l'ablation de la membrane caduque, il ne reste pas la moindre trace de membrane muqueuse, et que la fibre musculaire est complétement à nu. Il est certain encore que, dans l'état de vacuité, on ne peut, par la dissection, séparer des parois de la cavité utérine, rien qui ressemble à une membrane muqueuse : si l'on dissèque celle du vagin, on la poursuit jusques sur le museau de tanche ; là elle s'amincit beaucoup, et cesse brusquement d'exister au bord de l'orifice vaginal de l'utérus. Toutefois, nous avons bien souvent réussi à voir et à soulever sur la pointe du scalpel ou mieux d'une lancette, mais dans le corps de la matrice seulement, un épithélium demi-transparent ou rougeâtre, homogène en apparence, lisse et d'aspect comparable à celui de la membrane interne du cœur, mais d'une ténuité, d'une mollesse plus grande : ainsi se trouve réalisé le parallèle mentionné plus haut. Nous ne voyons là qu'une sorte d'épiderme aussi facile à détruire qu'à réparer ; et nous pensons que les fonctions propres aux membranes muqueuses, l'exhalation, la sécrétion, sont ici exécutées par la propre substance de la matrice, par ses vaisseaux, par des follicules intercalés dans les mailles de ses faisceaux de fibres.

Sans nous astreindre servilement à la routine des descriptions anatomiques, qui n'est indispensable que dans les traités élémentaires, nous nous contenterons, pour compléter ce qui concerne la texture de l'utérus, de mentionner ses vaisseaux lymphatiques, dont plusieurs troncs remarquables s'élèvent en suivant les veines et artères ovariques, et nous dirons un mot de ses nerfs qui, comme l'a montré Tiedemann dans deux planches exécutées avec luxe, proviennent en moindre partie du plexus rénal, dépendance du trisplanchnique, en majeure partie des ganglions lombaires mêmes de ce système

nerveux de la vie nutritive. La première partie descend aux ovaires, et marche de là au fond de l'utérus ; la deuxième forme un grand plexus médian, bientôt subdivisé en deux latéraux dont les branches suivent le cours de l'artère utérine : tout-à-fait en bas, c'est-à-dire seulement pour le col, pour le vagin et la vessie, des filets sortis directement des nerfs sacrés, joints à ceux du grand sympathique, constituent un autre plexus, l'hypogastrique, qui a de nombreuses anastomoses avec le précédent. Tel est l'appareil qui donne à l'utérus cette sensibilité, cette contractilité si manifestes dans certaines circonstances. Que le museau de tanche et le vagin soient susceptibles d'éprouver des sensations de tact; que la distension de ces mêmes parties entraîne la contraction involontaire des muscles, c'est ce qui s'explique par leurs rapports avec les nerfs sacrés appartenant au système cérébro-spinal ; que le corps de la matrice ressente peu ou point l'action d'agents vulnérants, celle même de maladies cruelles qui en détruisent la texture ; qu'il résulte de ses affections une action sympathique très prononcée sur l'estomac, etc.; cela se conçoit encore, puisque ses nerfs dépendent du système viscéral dont les impressions ne sont pas constamment transmises au sensorium. Elles le sont quelquefois, et, pour l'utérus, nous en avons la preuve, comme pour l'estomac et les intestins, lorsque des contractions violentes et instantanées, comparables aux crampes des muscles soumis à la volonté, viennent à s'y produire par l'action d'une cause quelconque : sous ce rapport, les coliques proprement dites ont, en réalité, une grande ressemblance avec les *douleurs* de la parturition, avec les tranchées utérines qui la suivent (1). Il est encore une

(1) Le cœur lui-même paraît être exposé à ces crampes douloureuses, mais aussi courtes que le sont ses contractions normales. C'est du moins ainsi que nous croyons devoir expliquer certaines douleurs vives et instanta-

ressemblance à noter entre quelques phénomènes morbides communs à l'utérus et à d'autres organes, et qui dépendent probablement de la nature identique de leurs nerfs : nous voulons parler de *ces douleurs de reins* qui incommodent si vivement certaines femmes en travail ; nous les comparons à celles que fait naître, dans un autre sexe, la compression des organes sécréteurs du sperme qui reçoivent des nerfs correspondants à une partie du moins de ceux que reçoit l'utérus. Ce rapprochement, comme on voit, nous aide efficacement à préciser le siége de certaines sensations douloureuses qui entrent comme symptômes dans les maladies dont nous aurons à nous occuper par la suite.

On voit par cet exemple, et par quelques autres que nous citerons en peu de mots, combien la connaissance de ces particularités de structure peut jeter de lumières sur le caractère et la nature de certaines maladies de la matrice, et il n'en est pas autrement des détails de formes, de situation, précédemment énoncés, quant à leur influence dans la production de certaines lésions non moins spéciales. De même, en effet, que la mobilité dont jouit l'utérus, vu la longueur et la laxité de ses ligaments, le dispose à des déplacements dans sa direction ou son élévation, sur-tout quand le poids vient à s'accroître dans tout l'organe ou dans quelqu'une de ses parties seulement ; de même sa texture vasculaire le rend apte à des exhalations sanguines parfois dangereuses, et si cette surabondance de vaisseaux ne le rend pas plus susceptible que beaucoup d'autres organes d'une inflammation aiguë, c'est que les capillaires n'y prédominent pas dans la même proportion que les grosses et moyennes

---

nées qu'éprouvent quelquefois les personnes nerveuses, et qu'accompagne un trouble violent, mais peu durable, de la circulation. Plus soutenu, cet état amènerait infailliblement la syncope.

branches ; c'est que ces capillaires sont en partie comme étouffés dans une gangue musculaire très compacte et très serrée, plus dense, par exemple, que celle du cœur dont les inflammations propres sont déjà si rares. Telle est indubitablement la raison pour laquelle la matrice, et sur-tout son col, offrent une si étonnante proportion numérique d'affections chroniques, de sub-inflammations, de flux asthéniques, de dégénérescences variées. La disposition des plans fibreux ci-dessus décrits, leur entre-croisement comme en un raphé ou suture sur la ligne médiane, leur épanouissement vers les angles et les côtés de l'organe, nous rendront raison de l'expansion plus facile que prennent, vers les régions latérales, diverses tumeurs; et d'autres conséquences aussi naturelles de l'organisation ci-dessus décrite, ressortiront plus amplement dans les détails de la pathologie. Mais l'aperçu que nous venons d'en donner était nécessaire au complément de ces généralités.

§ 5. Des changements qu'éprouve l'utérus dans sa forme et ses fonctions aux différents âges.

Chez l'embryon, et dès qu'on peut apercevoir les premiers linéaments des organes génitaux internes, il est assez difficile de distinguer, au premier abord, ce qui appartient au sexe féminin de ce qui est propre au masculin : les ovaires et les testicules se ressemblent alors pour la forme, la texture apparente et la situation; les canaux déférents et les trompes ont un volume, un trajet semblables. Le corps de la matrice, fort petit, fort mince, et bifide, représente les vésicules séminales, et le col, plus gros, plus charnu, trouve son analogue dans la prostate traversée par une portion de l'urètre. Aussi a-t-on soutenu que, dans les premiers instants, il n'y avait aucune différence entre les deux sexes, et que ces différences ne s'établissaient que par la suite. Celle qui nous a le plus

frappés, dès les premiers moments où ces organes étaient perceptibles, c'est que les canaux déférents s'ouvrent vers le col, les vésicules séminales, et les trompes au fond des cornes de la matrice, et que la vessie ne s'ouvre point dans le col de l'utérus, mais bien au-delà. Néanmoins, on ne saurait nier qu'il n'y ait alors, entre les deux sexes, une grande ressemblance, et que la permanence de cet état n'ait quelquefois amené une conformation ambiguë, une sorte d'hermaphrodisme, comme nous le dirons plus loin.

Lorsque la dissemblance est déjà bien prononcée, le corps de l'utérus est encore bicorne, de même que chez la plupart des mammifères; il est bien plus rouge et plus mince que le col. Cette disproportion diminue un peu par la suite; mais, durant la fin de la vie fœtale, durant toute l'enfance même, c'est-à-dire jusqu'à la puberté, le corps, bien qu'il soit devenu triangulaire, est beaucoup plus plat, plus court, plus étroit, plus lisse à l'intérieur que le col; à peine y voit-on quelques rides obliques et divergentes, qui s'effaceront totalement, quand l'organe aura pris les dimensions que la puberté doit lui donner. Quant au col, jaunâtre, dur, épais, cylindroïde, ou mieux conoïde, c'est-à-dire plus large vers le museau de tanche que vers l'orifice interne ou cervico-utérin, il offre des saillies ou rides très prononcées, et contient, comme chez l'adulte, un mucus très tenace. Son orifice vaginal est fort large, irrégulier, plissé dans le très jeune âge; il devient proportionnellement plus étroit par la suite. Mais, dans cette longue période qui comprend de douze à seize années, l'accroissement de l'utérus, en son ensemble, est si peu rapide, qu'il ne double pas, à beaucoup près ses dimensions, et qu'il semble, chez beaucoup de sujets, conserver absolument les mêmes. Selon Rœderer (et nos observations sont à peu près d'accord avec les siennes), la matrice, longue de treize à quatorze

lignes (quelquefois même vingt), chez la fille nouveau-née (1), n'a qu'un pouce et demi chez l'enfant de dix ans. Le bassin grandit proportionnellement bien davantage. Aussi la matrice, qui, chez le fœtus, est en grande partie hors de l'excavation pelvienne, s'y plonge-t-elle tout-à-fait quelques années après la naissance.

Aux approches de la puberté, le corps et le col de la matrice s'accroissent et s'épaississent considérablement; le col sur-tout surpasse bientôt le corps de l'organe. Voici les mesures de volume et de pesanteur que nous avons prises sur une fille pubère, mais vierge. Cette fille était âgée de vingt-cinq ans, bien menstruée, et d'une taille assez élevée; elle était épileptique et presque idiote.

Longueur totale, 26 lignes, dont moitié exactement pour le col.

Largeur du fond, 17 lignes
Épaisseur du fond, 8 lignes et demie.
Largeur du col, 9 lignes et demie.
Épaisseur du col, 7 lignes.
Étranglement un peu moindre que le col.

Épaisseur des parois du corps	supérieure,	5 lig.	1/2.
	latérale,	5 l.	
	postérieure,	4 l.	1/2.
	antérieure,	4 l.	
Épaisseur des parois du col	latérale,	3 l.	1/2.
	postérieure,	3 l.	
	antérieure,	4 l.	

Poids total, sans les annexes, cinq gros.

Quelle est la cause de ce changement subit et de cette vie nouvelle, de cette activité insolite arrivant à un âge déterminé? Il serait difficile de la supposer résidant en la

(1) Elle pèse alors un gros ou un gros et demi, selon Degraaf.

matrice même, car on ne concevrait point pourquoi, si long-temps endormie, cette cause s'éveillerait tout à coup. Nous croyons devoir attribuer cet effet à l'accroissement lent, graduel des ovaires, à leur complément, leur maturité, qui, comparable à celle des testicules masculins, est suffisante, à l'invasion de l'adolescence, pour éveiller des sympathies nombreuses dans des organes plus ou moins éloignés (larynx, mamelles, etc.), mais sur-tout dans ceux qui les avoisinent de plus près. Cette théorie, verbalement énoncée devant l'un de nous par feu Béclard, et publiée avec plus de détails dans un autre ouvrage (1), nous a paru la véritable, fondée sur ce que des femmes portant un utérus sans ovaires, ont été privées de toutes les prérogatives et de tous les signes de la puberté (2); sur ce que d'autres les ont perdus après l'extirpation des ovaires. Les règles se sont supprimées, les mamelles affaissées chez la femme dont parle Pott (3). D'un autre côté, on peut apporter, à l'appui de la même opinion, ces cas dans lesquels on a vu les mamelles bien développées, les organes génitaux externes aussi bien conformés, aussi aptes à la copulation, et, à ce qu'il paraît, aussi volontiers mis en œuvre que dans l'état le plus normal, quoique la matrice n'existât en aucune façon (*Engel, in Syll. Schleg.*, t. 1, p. 231). Dans un cas pareil observé par M. Dupuytren, il y avait souvent tous les signes d'un *molimen* hémorrhagique, mais l'évacuation menstruelle ne s'opérait pas, faute d'issue. (*Répert. d'Anat. path.*) Il en était encore de même chez une jeune femme mariée, à laquelle Stein essaya de perforer le vagin obturé : un corps mollasse remplaçait la matrice (*Journ. d'Hufeland*, mai 1819).

---

(1) A. Dugès, *Essai sur la nature de la fièvre, de l'inflammation*, etc., t. II, p. 444.

(2) *Péars, Annales de Litt. Méd. étrangère*, t. 1, v. p. 241.

(3) *Œuvres Chirurgicales*, t. 1, p. 492.

C'est donc à l'influence sympathique de l'ovaire sur la matrice, comme sur tout l'organisme (1), que sont dus et ce molimen, et cette exhalation locale de sang dans la cavité d'un organe presque aussi rapidement, aussi étonnamment aggrandi alors qu'il le sera encore dans un certain nombre de cas, dans ceux d'imprégnation, de grossesse. Et l'analogie est ici d'autant plus parfaite que, à l'arrivée de l'époque où le flux menstruel cesse de se renouveler périodiquement, c'est-à-dire, après la quarante-cinquième année à peu près (âge critique), l'utérus, comme après la parturition, décroît considérablement, s'atrophie parfois à l'extrême, ou du moins revient au volume qu'il avait chez la vierge (*Degraaf*), et fort souvent en même temps rétrécit, oblitère ses ouvertures et notamment l'orifice cervico-utérin. Cette dernière disposition, que nous avons constatée à ces divers degrés, a été considérée comme fort ordinaire, normale même, chez les vieilles femmes par le professeur Mayer de Bonn. Nous avons dit que l'utérus revenait, à cet âge, au volume qu'il avait eu chez la vierge pubère (2): c'était supposer que ce volume pouvait augmenter auparavant. Il augmente effectivement chez les femmes qui se livrent habituellement à l'union sexuelle, et reste bien plus considérable encore chez les femmes qui ont eu des enfants; car alors il conserve toujours quelque chose de l'hypertrophie que lui a imprimée la grossesse. Aussi l'utérus d'une femme devenue mère, une ou plusieurs fois, diffère-t-il beaucoup, dans ses dimensions et son poids, de celui dont nous avons plus haut donné les mesures; son corps est sur-tout plus renflé, et irrégu-

---

(1) Eâdem de causâ, pueris pubescentibus frequenter accidit narium hæmorrhagia. *Freind*. Emménol., p. 92.

(2) Cette règle est pourtant loin d'être sans exception, comme le prouvent les tables de Rœderer annexées à ses *Icones uteri humani*.

lièrement globuleux (*Meckel*). En prenant un terme moyen dans les variations individuelles qu'il présente, même sans altération morbide, voici les dimensions que nous croyons pouvoir lui assigner (1).

Longueur totale, deux pouces et demi à trois pouces.
—— du col, 13 à 15 lignes.
—— du corps, 2 pouces.
Largeur du col, 18 lignes.
—— de l'étranglement, 15 lignes.
Épaisseur du corps, 14 lignes, et souvent bien plus.
—— du col, 8 à 10 lignes.
—— de l'étranglement, 8 lignes.
—— des parois du corps, 6 lignes.
Largeur de l'orifice vaginal, 6 lignes.
Poids, une once et demie à deux onces.

Pour ce qui est de l'évacuation sanguine, nous n'en dirons ici que ce qu'il est indipensable de rappeler, eu égard aux applications à faire à l'étiologie et à la symptomatologie des affections qui nous occuperont plus loin. C'est de douze à dix-huit ans, qu'on la voit pour la première fois apparaître dans nos climats; terme moyen quatorze ans (2). Nous avons remarqué, en dépouillant un grand nombre d'observations où le fait avait été noté soigneusement, que les femmes lymphatiques n'étaient menstruées que fort tard, à dix-sept ou dix-huit ans pour l'ordinaire, mais que la durée de l'écoulement, à

(1) Voyez Rœdérer, *loc. cit.* On voit, dans ses tables des dimensions de l'utérus, que ces dimensions sont susceptibles de grandes variations individuelles; de deux pouces un quart à plus de trois pouces de longueur, par exemple.

(2) Quinze ans à Goëttingue, selon les calculs d'Osiander. On sait qu'elle est infiniment plus précoce au voisinage de la ligne équinoxiale; on a aussi des exemples de précocité extraordinaire, même dans nos climats. Clarke parle d'une petite fille qui avait été réglée dès l'âge de neuf mois, et offrait, dès l'âge de deux ans, tous les autres signes de la puberté.

chaque retour, était beaucoup plus considérable (sept à huit jours) que chez les femmes sanguines (deux à trois). On sait quels changements, dans le physique et le moral des jeunes filles, précèdent et accompagnent cette première éruption. De ces phénomènes précurseurs nous ne ferons remarquer que ceux d'un *molimen* universel, manifesté par des lassitudes, des bouffées de chaleur, des rougeurs subites et fréquentes, des palpitations de cœur, etc., et ceux d'une surcharge ou pléthore locale de l'utérus et de ses alentours, prouvée, non-seulement par quelques faits d'autopsie cadavérique, mais encore par les pesanteurs aux lombes, aux aines, aux cuisses, à l'hypogastre, quelquefois même des douleurs dans cette région; par la turgescence, l'humidité des organes génitaux externes. Cet éréthisme, jusqu'à un certain point analogue à l'érection virile, se dissipe par l'exhalation de quelques gouttes de sang; puis se renouvelle plus ou moins exactement un mois après, ou bien laisse passer deux, trois époques avant de reparaître, en amenant une émission plus copieuse, et se reproduit dès lors avec régularité. Une partie de ces phénomènes, soit locaux, soit généraux, et des mouvements sympathiques qui se manifestent au sein de divers autres organes, tels que la turgescence des mamelles, un cercle bleuâtre autour des yeux, etc., se rencontre à chaque retour; une partie cesse de paraître, si la périodicité est bien exacte et l'écoulement suffisant. On a dit que le plus grand nombre des femmes étaient réglées à des époques peu distantes, et correspondantes, soit au commencement, soit au déclin du mois lunaire. Il est certain que beaucoup de femmes *avancent* de plusieurs jours, comme elles le disent, sur le mois solaire: il en est aussi beaucoup qui se suivent d'assez près dans le retour de cet assujettissement; mais d'autres sont bien exactement réglées, non pas de quatre en quatre semaines, mais de trente en trente jours, et

sans corrélation avec le commencement ou la fin du mois.

Le sang ainsi perdu se présente sous divers aspects ; tantôt, circonstance assez ordinaire aux femmes lymphatiques, son apparition est précédée d'une perte blanche ou séro-muqueuse qui se colore par degrés jusqu'à représenter, pendant un ou deux jours, du sang pur en apparence, mais incoagulable, pour reprendre, par degrés semblables, mais rétrogrades, l'aspect blanc ou incolore qu'elle avait d'abord; le tout comprenant une semaine à peu près : tantôt, au contraire, c'est du sang pur, coulant goutte à goutte, parfois même en nappe assez abondante, mais non continue, parfois encore s'échappant en caillots mous, noirâtres, inodores ou fétides. De là les assertions variées, énoncées dans différents auteurs. On comprend aisément que du sang retenu dans le vagin par l'hymen, par le rapprochement des cuisses et le décubitus sur le dos, pourra se coaguler, s'il n'est pas mêlé d'une sécrétion mucoso-séreuse trop abondante : dans le cas contraire il restera liquide, et, en séjournant, il s'altérera, prendra sur-tout une couleur noirâtre : aussi celui qui tache les linges de nuit est-il généralement plus ténu et plus foncé que celui qui coule durant le jour. En effet, s'il coule avec facilité et sans mélange, s'il est recueilli immédiatement, non-seulement il n'a point de fétidité, ni de qualités malfaisantes, mais il est souvent aussi rouge et plus rouge que du sang tiré des veines du bras. Nous l'avons vu, en l'examinant dans le vagin même, tout-à-fait comparable, non pas peut-être au sang qui jaillit d'une artère ouverte, mais à celui qui sort par exhalation, de la surface d'une membrane muqueuse, de la pituitaire, par exemple, dans une hémorrhagie active; aussi, est-ce par un mécanisme analogue qu'il s'échappe de la surface interne du corps de l'utérus; et si c'est par des orifices veineux qu'on l'y voit

sourdre, ces veines le reçoivent trop directement des artères, pour qu'il y perde complétement ses caractères. Au reste, la manière même dont la nature supplée quelquefois au défaut de menstruation, prouve qu'il en doit être ainsi, puisque c'est par une hémorrhagie active et d'exhalation, qu'elle se satisfait, tantôt à la surface d'une plaie, de la peau saine même, plus souvent d'une membrane muqueuse, et parfois, entre autres, de celle du vagin et de la vulve (Désormeaux et autres), circonstance qui a pu faire nier à quelques auteurs la source que nous avons assignée à l'évacuation menstruelle normale.

La quantité du sang évacué n'a pas été moins exagérée que ses qualités délétères : on l'a portée à vingt onces; et nous croyons pouvoir affirmer qu'il suffit de six à huit, pour salir plus de linges que n'en emploie la femme la plus abondamment menstruée. Quatre onces paraissent être la quantité la plus ordinaire; parfois elle n'est pas même d'une once : ce ne serait plus une évacuation normale si elle dépassait la valeur d'une demi-livre de sang.

Quand arrive l'âge où la matrice, comme épuisée par une vie plus active que les autres organes du corps, va perdre son aptitude à remplir ses importantes fonctions, celles de conserver et nourrir un nouvel être, la menstruation s'arrête, et l'on en peut conclure qu'il faut plutôt la considérer comme une manifestation d'efforts reproducteurs dans cet organe, telle que, chez beaucoup d'animaux, on en observe une ou deux fois seulement chaque année, que comme une évacuation nécessaire à la santé de la femme. Cela est si vrai, qu'elle manque d'ordinaire quand l'acte de reproduction s'accomplit en réalité, et que la femme ne se porte pas moins bien après la cessation des menstrues, quand une fois elle est bien complète. Malgré toute la vraisemblance de l'opinion que nous venons d'émettre, nous n'en reconnaissons pas

moins que, soit causes, soit effets, les dérangements de la menstruation jouent un grand rôle dans l'état sanitaire de la femme, et que l'époque où ses organes cessent d'amasser et d'expulser un sang que l'économie s'est habituée à perdre en certains temps, ne soit féconde en maladies (1), en altérations sur-tout de ces mêmes organes; aussi ne devons nous point passer ici sous silence les phénomènes qui la signalent.

Cette hâtive décrépitude des organes reproducteurs est quelquefois si rapide, qu'on la soupçonne à peine lorsque déjà elle est établie : tout au plus les menstrues se seront-elles montrées une fois moins abondantes que de coutume pour cesser tout-à-fait de paraître aux époques suivantes. Mais quelquefois, sans qu'il y ait maladie réelle, on observe des anomalies bien faites pour alarmer les personnes chez qui elles ont lieu. Les règles seront une fois très peu abondantes, manqueront un peu plus tard; puis, à une époque périodique ou non, surviendra une perte de sang abondante et prolongée; quelquefois on verra paraître deux fois en un mois ces évacuations ordinairement du double plus distantes; puis plusieurs mois resteront libres et sans écoulement. Il est des femmes qui, durant trois et quatre ans, éprouvent ces irrégularités, qui maigrissent et changent, qui s'alarment de ces changements, et reprennent néanmoins ensuite une santé parfaite. La constitution, les goûts, les habitudes changent comme le corps : mais insister sur ces détails, ce serait sortir des limites que nous trace la stricte nécessité des connaissances physiologiques pour le parallèle que nous avons continuellement à établir entre l'état de santé et de

(1) Notons seulement qu'on a exagéré cette influence. M. Benoiston de Châteauneuf a prouvé, par le relevé d'un grand nombre de registres de mortalité, que celle-ci n'est pas plus considérable, de quarante à cinquante-cinq ans, chez les femmes que chez les hommes.

maladie. Nous ajouterons seulement qu'on cite quelques femmes qui, dans un âge avancé, ont vu renaître le flux sanguin menstruel sans en ressentir ni incommodité, ni rajeunissement notable (*Haller*, *Physiol.*, t. VII). On ne devrait donc pas trop s'effrayer si un cas pareil venait à se présenter dans la pratique; mais on examinerait attentivement l'état réel des choses; car il serait raisonnable, du moins, de rester en suspens jusqu'à un examen complet de l'état des organes. Tout récemment un exemple semblable soumis à l'observation de l'un de nous (*D.*) lui a fait reconnaître la cause de ces hémorrhagies périodiques, chez une femme de soixante-douze ans, dans une énorme tumeur qui, fixée entre la vessie et la matrice, déplaçait, comprimait, et irritait cette dernière.

§ 6. Des changements qu'éprouve l'utérus durant la grossesse et l'accouchement.

Des détails minutieux sur ce sujet appartiendraient exclusivement à l'obstétrique; nous n'en dirons ici que ce dont on peut faire l'application au diagnostic, à la théorie même des fausses grossesses, c'est-à-dire des distensions de la matrice, par une cause quelconque, autre que la présence du fœtus. Ce qui frappe le plus, au premier coup d'œil, dans ces transmutations dues à la grossesse, c'est l'augmentation de volume et le changement de forme. Dès le deuxième mois, le corps de l'utérus s'arrondit, et on peut, par le toucher, le sentir au-dessus du col, ayant une ampleur insolite, et conséquemment un poids plus considérable, qui l'abaisse un peu dans l'excavation pelvienne.

Après le troisième mois, on peut palper le fond de l'utérus au-dessus des pubis, et dès lors il monte de plus en plus dans l'abdomen, jusqu'à envahir, dans le huitième mois, la région épigastrique, au moins chez les primi-

pares. Il est alors ovalaire, incliné en avant, et souvent à droite un peu tordu sur lui-même, de sorte que la trompe et l'ovaire sont plus en avant du côté incliné que de l'autre : sa consistance est souple, rénitente; la fluctuation très obscure et souvent nulle; mais la forme et la consistance sont aussi fréquemment variées par les reliefs de diverses parties solides, dures, arrondies ou anguleuses du fœtus, saillies mobiles, instantanément changeantes, et conséquemment distinctes de celles qui sont dues à des tumeurs irrégulières. Par le vagin, on peut sentir aussi cette souplesse rénitente du corps de la matrice, et de plus percevoir la présence d'un corps mobile, qui se relève par l'impulsion du doigt fortement appuyé, pour retomber aussitôt sur lui; c'est là ce qu'on nomme *ballottement*. En même temps, le toucher vaginal apprend que le col de l'utérus, à dater du sixième mois, se raccourcit de plus en plus; qu'il s'efface dans le neuvième, et s'amincit considérablement; enfin qu'il ouvre son orifice quand la parturition se prépare. Certes, les substances nouvelles renfermées dans la cavité du viscère, et qui croissent de jour en jour, contribuent beaucoup à le renfler ainsi dans tous les sens, et à l'agrandir; mais il s'en faut beaucoup qu'à cette distension passive soit exclusivement due l'augmentation de grandeur et de masse dans la matrice. Le premier effet de l'imprégnation, c'est une excitation sympathique, propagée de l'ovaire à l'utérus, qui y détermine l'afflux du sang, l'érection, l'expansion active (*Kuhn, de causis uterum impraegnatum distendentibus, in Syll. Schleg.*, t. 1, p. 500). Cela est si vrai, que cet organe grandit beaucoup même dans les grossesses extra-utérines; nous l'avons vu plusieurs fois, en pareil cas, au moins doublé de volume et d'épaisseur. Plus tard, sans doute, il y a distension; mais la masse, c'est-à-dire la quantité de substance, ne cesse point de s'accroître par une hypertrophie véritable,

de sorte que les parois s'amincissent peu, bien que le corps seul éprouve, dans les six premiers mois, cette énorme distension. Les parois s'épaississent même là où s'est attaché le placenta (6 lignes) ; mais, partout ailleurs, le corps n'offre que de trois à quatre lignes, et le col est plus mince encore (1/2 ligne peut-être), quand il a enfin cédé à la distension. En somme, la masse a tellement augmenté, que la matrice, qui pesait deux onces au plus avant la fécondation, pèse, à la fin de la gestation, depuis une livre et demie jusqu'à deux et trois livres, comme nous nous en sommes plusieurs fois assurés sur des cadavres de femmes mortes immédiatement ou peu d'heures après la parturition (1). C'est multiplier de douze à vingt-quatre fois son volume primitif, et tout y participe : les nerfs (*Chaussier* et *Tiedemann*), les lymphatiques (*Mascagni*), les vaisseaux, et sur-tout les veines (*Hunter*, etc.), acquièrent un volume énorme. Ces dernières, nommées alors *sinus utérins*, forment un vaste réseau caverneux; et les orifices béants, de plusieurs lignes en diamètre, par lesquels elles s'ouvrent, sur-tout vis-à-vis du placenta, peuvent aisément donner alors passage à des flots de sang. En effet, ces orifices, très obliquement coupés dans la lame interne des parois utérines, sont fermés par leur bord même, comme par une valvule, lors de l'affaissement, de la rétraction des parois; mais ce bord se retire, en s'élargissant, et laissant la bouche veineuse découverte, quand ces parois sont fortement étendues. Les artères s'accroissent aussi en diamètre, mais s'alongent sur-tout en déployant leurs si-

(1) Voyez, en particulier, Madame Lachapelle, *Pratique des Accouchements*, tome II, p. 487. Voici, de plus, une note que je trouve, en ce moment même, dans mes papiers.

Utérus d'une femme morte à *sept mois et demi* de grossesse, pesant, avec la moitié du vagin, les trompes et les ovaires, une livre dix onces.

nuosités, libres qu'elles sont à la surface, ou entre les fibres mêmes de l'utérus; tandis que les parois des veines, plus minces et plus molles, adhèrent intimement au tissu musculaire.

Ce tissu se montre ici avec toutes ses propriétés caractéristiques, avec la direction vraiment naturelle de ses faisceaux épanouis; aussi l'organe a-t-il acquis alors une force contractile dont il ne jouissait pas plus auparavant, que ne ferait un muscle serré, condensé dans un petit espace, et réduit à la douzième partie de sa masse.

Quant au péritoine, en partie distendu, comme éraillé même dans certaines circonstances, il semble d'autres fois épaissi : toujours il a cédé autant en glissant qu'en s'étendant; les replis utéro-iliaques ou ligaments larges se dédoublent et appliquent leurs feuillets sur l'utérus; de même le péritoine des régions voisines, est attiré, alongé, par sa continuité avec celui qui revêt la matrice. (Pl. III.)

A l'intérieur on ne trouve plus l'épithélium dont nous avons parlé; la substance musculaire est à nu; mais les capillaires interstitiels ont pris plus d'accroissement pour s'enfoncer dans les mailles de la caduque dont nous allons dire un mot. La surface semble ainsi devenue plus vasculaire, plus villeuse. Elle se trouve en rapport avec une couche albumineuse et concrète, véritable fausse membrane, molle, pulpeuse (caduque ou épichorion), dans laquelle se développent plus tard des vaisseaux. Il ne faut voir là qu'un résultat de l'irritation sympathique éprouvée par l'utérus, et non une dépendance de l'œuf même, puisqu'on a maintes fois observé cette production, que nous l'avons remarquée nous-mêmes dans un utérus vide, mais après une impré-

---

(1) *Weber*, Disq. anat. uteri et ovaræ puellæ septimo die à conceptione defunctæ.

gnation réelle (grossesse extra-utérine), puisque aussi elle se produit quelquefois dans la menstruation, lorsqu'elle est difficile et douloureuse. (*Collomb*, *Clarke* et *Chaussier*.)

Après l'accouchement, la matrice revient au volume que nous lui avons assigné chez la femme qui a eu des enfants. Cette réduction est bien plus rapide que l'hypertrophie qui l'a précédée: il faut cependant environ deux mois pour qu'elle soit complète. Aussitôt après l'accouchement, l'utérus fait dans l'hypogastre une saillie qui a le volume du poing, ou même plus encore : ses parois ont de un demi-pouce à un pouce d'épaisseur. Dix-huit heures après un accouchement laborieux, nous avons trouvé l'utérus pesant encore, avec les trompes, les ovaires et les trois-quarts du vagin, deux livres trois onces. Au bout de sept à huit jours, il dépasse peu ou point le détroit supérieur (1). Le corps se resserre de toutes parts : sa cavité reprend graduellement la forme aplatie et triangulaire, mais en conservant toujours un peu

---

(1) La rapidité de cette diminution varie beaucoup dans différents sujets, et cette remarque explique les contradictions que s'opposent divers auteurs : ainsi, Riolan dit que, vingt-quatre heures après l'accouchement, l'utérus n'avait que le volume du poing et ses parois deux doigts d'épaisseur; tandis que Rolfinck compare la grosseur d'un utérus, au deuxième jour des couches, à celle de la tête d'un enfant de deux ans. Tiedemann représente (*Icones nervor. uteri hum.*) un utérus de six jours dont la longueur est d'environ six pouces et demi, la largeur de quatre. Deventer dit avoir trouvé la matrice réduite au volume ordinaire de l'état de vacuité le huitième ou le neuvième jour ; et au contraire, Ruysch figure une matrice de trois semaines et demie, laquelle offre cinq pouces en longueur et quatre en largeur. Enfin, à six semaines, Bartholin trouve encore à la matrice la grosseur d'une pomme.

Voici des détails plus précis empruntés à Rœdérer, et qui prouvent mieux cette diversité individuelle : troisième jour, longueur de la matrice, sept pouces et demi ; largeur du fond, quatre pouces et demi : septième jour, longueur, sept pouces neuf lignes; largeur, cinq pouces: trois semaines, longueur, sept pouces et demi ; largeur, quatre pouces et demi.

de courbure en dehors dans son contour, en opposition avec ce que nous présentait la circonscription de la même cavité chez la *fille vierge*. Les vaisseaux diminuent de calibre : les artères se replient, les orifices des sinus utérins se resserrent : leurs bords obliques se croisent comme les valvules du trou ovale dans le cœur du fœtus à terme : un caillot bouche d'ailleurs chacun de ces orifices ; il y adhère et fait reconnaître par les mamelons dont elle semble hérissée pendant plus de six semaines, la portion sur laquelle était implanté le placenta. Là aussi il y a souvent une fausse membrane blanche ou colorée par la matière des *lochies*, comme on sait, d'abord sanguines, puis puriformes et bientôt muqueuses, qui s'écoulent de l'utérus pendant une huitaine, une quinzaine de jours au plus. Cette fausse membrane, prise souvent, sans doute, pour un débris de l'épichorion, nous l'avons trouvée assez fréquemment, sans qu'il se fût montré aucun symptôme de métrite, sur des sujets morts durant les premiers jours de leurs couches, d'une péritonite ou de quelque autre affection : nous doutons donc qu'elle soit réellement morbide.

Quant aux fibres charnues, c'est par degrés aussi qu'elles se décolorent, se condensent et s'amoindrissent ; leurs faisceaux se rapprochent ; les fibres les plus voisines de la ligne médiane perdent leur obliquité, redeviennent parallèles, et reconstituent le ruban longitudinal de l'utérus vide. Dans les premiers moments qui suivent la parturition, déjà ces faisceaux médians ont pris plus d'épaisseur que le reste de l'utérus ; ils se rétractent plus promptement ; ils restent plus contractés dans le cadavre. Il s'ensuit nécessairement un froncement assez marqué dans les espaces latéraux qu'ils séparent. Divisés eux-mêmes en espaces antérieurs et postérieurs par l'aplatissement de la matrice, dont les régions latérales s'épaississent aussi assez promptement, ces es-

paces, ridés alors par des stries à peu près concentriques, ont représenté, aux yeux de quelques anatomistes (*Jos. Sue, Alph. Leroy*), ces muscles circulaires auxquels ils ont donné le nom de *quadrijumeaux* (*Voir* Pl. IV). Mais c'est après avoir enlevé la couche péritonéale, ce qui est souvent fort difficile, que l'on retrouve la disposition des fibres observées pendant la grossesse. (*Voir* Pl. V et VI.)

Ce n'est que quand la réduction est presque complète, eu égard au volume, que l'utérus reprend aussi sa fermeté, et devient capable de résister à un effort extensif même assez violent. Dans les premières semaines, mais sur-tout dans les premiers jours, l'utérus, quoique resserré, est encore tellement extensible, qu'une hémorrhagie opérée dans son intérieur, suffit pour lui rendre la capacité qu'il avait durant la grossesse, ou à peu de chose près; et sur le cadavre, la seule insufflation de cet organe arrive assez facilement à un résultat peu différent, le deuxième, le troisième jour même après la parturition.

En même temps que le tissu fondamental de la matrice se réduit à des dimensions moindres, le péritoine reprend ses anciennes relations; les ligaments reviennent aussi à peu près à leur longueur primitive, mais conservent ordinairement plus d'épaisseur, sur-tout du côté vers lequel s'était incliné l'utérus.

Le col se resserre de bonne heure, et quelques heures après la délivrance, à son orifice interne ou cervico-utérin; tandis que l'externe ou vaginal reste largement béant; ses lèvres, molles et flottantes, comme en lambeaux sinueux, se raffermissent dans les jours suivants, se rapprochent peu à peu, et prennent enfin, lorsque les lochies ont cessé de couler, la forme que nous avons indiquée ailleurs, en conservant les traces des déchirures qu'elles ont fréquemment subies durant le travail de l'accouchement.

§ 7. Des différences individuelles que présente l'utérus.

Chaque fois que l'occasion s'en est présentée dans les paragraphes précédents, nous avons noté les variétés individuelles et peu considérables que pouvait présenter l'utérus, soit dans sa masse, sa figure générale, soit dans celle de quelqu'une de ses parties. Nous allons énumérer ici les plus remarquables de ces dispositions congéniales, qu'on est habitué à nommer monstruosités ou vices de conformation primitive, parce qu'elles diffèrent beaucoup de la disposition la plus commune, de celle que nous appelons normale, c'est-à-dire la mieux accommodée aux usages auxquels est destiné ce viscère. Les vices de même nature, qui surviennent après la naissance, seront considérés par nous comme lésions *acquises*, et mis au nombre des maladies.

Nous avons dit qu'à une certaine époque de la vie embryonnaire, il était difficile, impossible peut-être, de distinguer les sexes. Cet état de choses s'est parfois maintenu chez le fœtus jusqu'à sa naissance au terme ordinaire, et même jusqu'à l'âge adulte; de là un certain nombre de prétendus *hermaphrodites*.

Parmi ceux-ci, un grand nombre sans doute n'étaient que des femmes dont le clitoris, très développé, simulait un pénis viril, ou des hommes dont l'urètre et le scrotum fendus représentaient une sorte de vulve. Mais ces restes de la vie embryonnaire étaient marqués aussi sur les organes intérieurs de quelques êtres ambigus : ainsi, dans les observations d'Ackermann (*Inf. Androgyni Hist.*) et de Steglenher (*de Hermaphr. Naturâ*), l'urètre servait de débouché, non-seulement à la vessie, mais encore à une grande poche située derrière elle ; matrice imparfaite, ou vésicule séminale impaire, énorme, de laquelle partaient deux canaux terminés à deux corps glanduleux, qu'il était difficile de bien déterminer pour

trompes et ovaires, ou pour canaux déférents et testicules. Dans des cas plus rares, et dont l'un de nous a rassemblé les exemples connus chez l'homme et d'autres animaux (1), les organes reproducteurs sembleraient s'être *masculinisés* d'un côté, *féminisés* de l'autre, s'il est permis de parler ainsi; c'est du moins ce qui paraissait exister chez les sujets décrits par Pinel (2) et par Maret. Chez le dernier, la demi-matrice était, avec sa trompe et son ovaire, herniée dans un sac inguinal du côté même auquel elle semblait appartenir (droit); à gauche étaient un testicule, avec son canal et sa vésicule, dans leur position ordinaire. L'urètre, fort large et fort court, ouvert à la base d'une verge racornie, dans un scrotum fendu, représentait assez bien un vagin imparfait, avec une vulve mal formée et un clitoris volumineux.

Cette ambiguité de sexe n'existe plus chez un certain nombre de sujets qui retracent, par leur conformation, celle des organes féminins, de la matrice sur-tout, à une époque peut-être un peu plus avancée; et qui même présentent une exagération de la disposition binaire, assez prononcée, mais non complète dans les embryons que nos sens et nos instruments peuvent anatomiser. On connaît beaucoup d'exemples de doubles matrices, soit que la division se montrât à l'extérieur par un sillon, par une séparation complète même des deux utérus et des deux vagins, ou des deux utérus avec un seul vagin (3), ou bien seulement des deux corps utérins avec un seul col (*Palfyn*, *Steglenher*, *Ollivier*, *Cassan*, *Cruveilhier* (4), *Joly* (5)); soit que rien ne la fît soupçonner au-dehors.

(1) *Mémoire sur l'Hermaphrodisme*, *Éphém. méd. de Montpellier*, mai 1827.

(2) *Soc. méd. d'Émul.*, t. IV. p. 342.

(3) *Meckel*, *Descr. monstr. nonnul.* tab. VI, fig. 2.

(4) *Anatomie pathologique du corps humain.* Paris, 1830; livraisons 4e, 11e, 13e, in-fol., fig. col.

(5) *Journal hebdomadaire de Médecine*, 1829. *Voy.* t. III, p. 108.

Dans tous les cas, il n'y a jamais qu'une trompe et un ovaire de chaque côté, et il n'y a point, à proprement parler, deux matrices, mais deux demi-matrices. La cloison qui les sépare s'étend quelquefois jusqu'à la partie inférieure du vagin. D'autres fois, ce canal est unique, et deux orifices utérins s'ouvrent dans son fond. Nous avons vu tous deux des exemples de ces conformations chez des nouveau-nés, et l'on peut lire, dans la brochure de M. Cassan, les nombreuses observations qu'il a empruntées aux auteurs anciens et modernes : on y trouvera sur-tout une fort bonne figure (1), et l'on en trouvera d'autres dans la dissertation d'Eisenmann. Cette duplicité a pu donner lieu à quelques cas de superfétation (2); elle a pu aussi laisser des équivoques sur l'existence ou

(1) Recherches sur les cas d'utérus double et de superfétation. Paris, 1826, in-8°.

(2) En voici un des exemples les plus positifs qu'on puisse citer : il nous a été communiqué, dans l'année 1828, par une ancienne élève de la Maternité de Paris, sur les lumières et la bonne foi de laquelle nous ne pouvons élever aucun doute, madame Dejean établie à Narbonne.

Une femme enceinte pour la septième fois, était arrivée au terme de *cinq mois*, lorsque le travail puerpéral se déclara : depuis trois semaines, un écoulement de sang continuel avait fait prévoir un avortement à peu près inévitable. Le travail marcha avec lenteur; la tête du fœtus franchit l'orifice utérin; mais ce ne fut qu'à l'aide des doigts de la sage-femme qu'elle arriva enfin au dehors, immédiatement suivie du reste de l'enfant qui naquit mort et violacé. Le cordon ombilical s'était rompu au moment même de l'expulsion. Madame Dejean attendait impatiemment le retour des douleurs et la sortie du placenta, quand tout-à-coup une masse de sang, partie fluide et partie coagulé, fut projetée au dehors, et entraîna avec elle un embryon estimé du terme *de trois mois*, *et donnant encore quelques signes de vie*. Le premier fœtus était long de huit pouces et demi, le deuxième, de trois pouces et demi seulement; la superfétation était évidente. Madame Dejean ne s'en tint pas à ces données conjecturales; elle toucha avec soin, et s'assura, par un examen attentif, que le vagin et l'orifice utéro-vaginal étaient simples aussi bien que le col de l'utérus; mais qu'il existait *deux orifices cervico-utérins*, répondant chacun à un corps de matrice isolé. Ces deux ouvertures

la non existence d'une grossesse, selon qu'on portait le doigt explorateur dans une des moitiés du vagin, ou dans l'autre. Enfin, elle a été quelquefois cause de rupture à l'utérus (1).

Il n'existe quelquefois qu'une simple bifurcation du fond de la matrice, reste moins marqué de la division primordiale. Cette bifurcation a pu amener aussi la superfétation dans un cas observé par l'un de nous (*Madame Boivin, citée par Cassan, p.* 51): elle a pu constituer encore ces matrices surnuméraires dans lesquelles on a rencontré le produit d'une conception unique; ou bien suivie, accompagnée d'une autre dont le résultat était resté dans ce qu'on appelait la véritable matrice (*Canestrini, Purcell, Dionis*). Dans la plupart de ces cas, il est vrai, la matrice anomale n'était

---

étaient bien distinctes, béantes, l'une à droite, l'autre à gauche, et de largeur différente, indiquées par la comparaison qu'en fit la sage-femme avec deux pièces de monnaie (un liard et un sou). La naissance du dernier enfant fut presque immédiatement suivie de l'expulsion du placenta appartenant au premier; l'autre sortit une heure après; l'un avait quatre pouces, et l'autre trois de diamètre; tous deux étaient à peu près circulaires, et le cordon partait de leur centre. On conçoit parfaitement comment une deuxième imprégnation, a pu avoir lieu deux mois après la première, car le corps seul de la matrice est occupé dans la première moitié de la grossesse; on comprend bien aussi pourquoi l'avortement eut lieu, en raison de la distension considérable et inégale de deux *ad-uterum*, dont un seul avait été occupé dans les grossesses précédentes. Ce fait, nous le répétons, est un des plus concluants qu'on possède en faveur de la seule théorie de la superfétation qui soit aujourd'hui généralement admise.

Dans un cas de duplicité de la matrice, observé, il y a quelques années, en Allemagne, par le docteur Geiss, il y avait double grossesse, mais au même terme; les deux enfants ont vécu, et la mère a eu depuis une autre grossesse, mais d'un seul enfant. (Voy. *Journal hebdomadaire de Médecine*, 1829, t. II, p. 310.)

(1) Eisenmann, *Diss. cit.*, note *n*, n° 9. *Ramsbotham*, *Midwif*, part. I, p. 407 Ollivier, *Acad. roy. de Méd.*, Juin, 1825.

point régulièrement parallèle à l'autre, et semblait n'en être qu'un appendice, quelquefois même sans communication directe avec elle ; mais la grossesse avait sans doute bien changé l'état primitif des choses. D'autres fois, moins considérable, et réduite à un simple enfoncement sur la ligne médiane du fond, cette bifurcation n'avait point amené d'obstacles ou de dérangements dans une grossesse unique, ainsi que deux à trois fois nous l'avons remarqué en ouvrant les cadavres de femmes mortes d'une péritonite puerpérale. Enfin, une double crête médiane a parfois simulé seulement cette division du fond de la matrice, comme l'a vu M. Dupuytren.

Ces anomalies nous indiquent que primitivement la matrice a été composée de deux moitiés ultérieurement accolées et confondues ; elles nous permettront de comprendre aisément comment une de ces moitiés manquant à se développer, s'atrophiant, se détruisant par une cause quelconque, l'autre peut subsister, s'accroître, et présenter alors une seule corne, un seul *ad-uterum* garni d'une trompe et d'un ovaire seulement : c'est ce que nous avons observé nous-mêmes dans de très jeunes sujets, et ce que d'autres aussi ont quelquefois rencontré.

Enfin la matrice pourra être d'un volume tellement exigu qu'elle ne puisse remplir aucune de ses fonctions (*Morgagni*, *Frank*, etc.), ou bien l'oblitération congéniale de l'un de ses orifices l'empêchera de les remplir convenablement ; mais ces causes de nullité ou de rétention de l'évacuation menstruelle nous occuperont plus amplement par la suite. Cet organe peut même manquer tout-à-fait : nous avons cité plus haut les observations d'Engel, de Stein et de M. Dupuytren, cas dans lesquels les ovaires existaient malgré l'absence de l'utérus. Il ne restait de ceux-ci que des traces informes, et la matrice était remplacée par un cordon de la grosseur d'une plume à écrire, chez une femme disséquée par M. Renauldin

(Séances de l'Acad. roy. de méd., 28 février, 1826). Il n'y avait jamais eu de menstrues ni le moindre développement des mamelles. Un assez bon nombre d'autres exemples d'absence d'utérus a été constaté sur le vivant ou le cadavre (1); l'un de nous a été verbalement consulté pour un cas de ce genre (2), et en a vu un autre dans un des hôpitaux de la capitale. Le vagin manque quelquefois totalement alors, et la vulve même est rudimentaire: d'autres fois, le vagin existe, aussi bien que les organes sexuels extérieurs, et la copulation est souvent possible;

---

(1) *Colombus*, *Fromond*, etc.; *Ap. Morgagni; idem. Epist.* XLII, art. 11, 12, 13: *Baudelocque*, t. 1er, p. 183: Boyer, *Mal. Chir.*, t. X, 423 et 424; *Caillot, dans la Phys. de Richerand*, t. II, p. 364, etc., etc.

(2) La malade qui s'était confiée aux soins de M. Lherminier, fut examinée par madame Charrier: voici les détails qu'elle nous transmit immédiatement après.

La personne, dont il est question, n'est point mariée; elle est âgée de quarante ans, grande, sèche, sans mamelles. Elle n'a jamais été réglée; mais, vers l'âge de dix-neuf ans, on a cru un moment à l'imminence de l'éruption menstruelle; tout s'est réduit à quelques gouttes de sang. A trente-cinq ans, douleurs dans les lombes, le ventre, les cuisses et le côté gauche de la vulve; là se forme une tumeur volumineuse; elle s'ouvre au bout de quelque temps, et il en sort du pus sanguinolent. Trois ans après, mêmes symptômes, tumeur au périnée, même issue. Cependant, depuis lors, il est resté au côté gauche de la vulve et du vagin, un gonflement, qui, tout récemment encore (novembre 1821), est devenu le siége d'un troisième abcès. Vulve bien conformée, seulement la nymphe gauche, brune, alongée, un peu saillante. Le doigt entre librement dans le vagin; mais, à un pouce et demi de profondeur, il est arrêté par un cul-de-sac mou, ne laissant percevoir au-delà rien de solide, de saillant, aucune fluctuation, rien enfin qui annonce la présence d'un utérus sain ou distendu, ni celle d'un amas de sang menstruel, etc. A gauche, au fond de ce cul-de-sac, on sent une crevasse étroite et fort douloureuse; il est probable que le pus de l'abcès sort de là. La main appuyée sur l'hypogastre, ne peut, malgré la maigreur de la malade, sentir aucun corps solide comparable à l'utérus. On a omis le toucher rectal, conjointement avec le cathétérisme; mais tout concourt à prouver que la matrice n'existe pas. Quant aux abcès, il n'est pas improbable qu'ils aient été occasionés par des violences répétées dans le rapprochement sexuel.

mais le doigt ne rencontre qu'un fond sans ouverture à l'extrémité du vagin ; parfois un petit tubercule remplace le museau de tanche. Le doigt porté profondément dans le rectum peut sentir distinctement la convexité d'une sonde introduite dans la vessie, et reconnaître ainsi qu'il n'y a, entre lui et l'instrument, que des parois membraneuses et peu épaisses (1). Si les ovaires existent, les mamelles peuvent être développées, et chaque mois, peut se reproduire un léger état fébrile comparable au molimen menstruel, ou même s'établir une hémorrhagie supplémentaire. Si les ovaires manquent, aussi bien que la matrice, il n'y a ni menstrues, ni développement des mamelles, ni désirs vénériens.

Telles sont les principales variétés de conformation congéniale dont il nous a semblé utile de faire mention ici. Si quelques flexions, etc., datent aussi de la vie intra utérine, il en est qui n'ont paru qu'après la naissance, et dont, en conséquence, nous parlerons ailleurs; il en est d'autres qui, bien que congéniales, ne méritent pas de nous arrêter à cause de leur peu d'importance et de la difficulté de les reconnaître sur le vivant. Ainsi, M. Baudelocque neveu a rencontré un canal qui, partant de la trompe droite, et renfermé dans l'épaisseur des parois de la matrice, allait s'ouvrir dans la cavité du col (*Acad. royale de méd.*, 12 *février*, 1826). Quelque chose de semblable s'est offert à l'un de nous : le canal se subdivisait en nombreuses ramifications vers le haut du vagin, et semblait naître de l'ovaire. Malpighi avait connu (Epist. *ad Sponium*), et M. Gartner a de nouveau constaté l'existence, chez beaucoup de mammifères, de deux

---

(1) Il faut excepter les cas, où, comme dans l'Observation de Stein, citée dans notre § V, la matrice serait remplacée par un corps charnu. Sa consistance, sa forme, appréciées par le rectum, pourraient, en pareil cas, faire rectifier le diagnostic erroné qu'on baserait uniquement sur la présence d'un corps épais entre le rectum et la vessie.

longs canaux ouverts au bas du vagin, et terminés en rameaux vers chaque trompe utérine. Sans doute, ceux que nous avons dit avoir été trouvés chez la femme en étaient les analogues développés irrégulièrement, puisque, dans l'état normal, ils paraissent être réduits à des lacunes rameuses disséquées par Degraaf et autres, jusqu'à une hauteur peu considérable, dans l'épaisseur de la substance glanduleuse qui sépare l'urètre et le vagin.

§ 8. Des trompes utérines et des ovaires.

Quoique bien distincts en réalité, ces deux organes ont entre eux des connexions telles, qu'il nous paraît bon de les présenter ensemble, comme on présenterait un organe glanduleux et son canal excréteur. Chez la femme adulte, nous trouvons l'un et l'autre comme flottant dans la partie la plus élevée de l'excavation pelvienne et sur les côtés de l'utérus, à peu près à la même hauteur; car il n'y a, sous ce rapport, comme sous aucun autre, nulle différence notable entre la trompe et l'ovaire du côté droit et ceux du côté gauche. Un repli secondaire (ailerons) du ligament large, sert de mésentère à chacun d'eux, et transporte sur eux le péritoine qui les revêt à l'extérieur, et les vaisseaux qui les nourrissent, les nerfs qui les vivifient. (*Voyez* l'Atlas, Pl. I, fig. 1.)

Ferme et rénitent, blanchâtre, un peu ridé, convexe en dessus, aplati en dessous, l'ovaire offre, de ce côté, une sorte de scissure comparable à celle du rein, pour recevoir ces vaisseaux et ces nerfs; un peu alongé transversalement, atténué en dedans, il se continue avec un cordon cylindroïde, blanchâtre, fixé d'autre part vers l'angle supérieur du corps de la matrice, et nommé ligament de l'ovaire. Plus mousse en dehors, il se continue avec une des languettes de la trompe, comme si originairement il y eût eu continuité complète entre eux.

Il n'en est point exactement ainsi chez l'adulte. La trompe constitue ici un canal presque indépendant, flexueux, très étroit vers son point d'origine à l'un des angles supérieurs de la matrice dans la cavité de laquelle il pénètre, un peu élargi vers son milieu, renflé de nouveau vers son extrémité externe qui a reçu le nom de pavillon. Ce pavillon ou élargissement, est ouvert dans la cavité abdominale, et son ouverture, plus étroite que la cavité qu'il termine, est entourée de languettes en nombre variable, et diversement subdivisées, laciniées, festonnées, minces, molles, flottantes et plus rouges que le reste de la trompe, qui offre cependant une assez vive coloration dans la majeure partie des jeunes sujets. Une de ces languettes, avons nous dit, se rend à l'ovaire et maintient le pavillon tubaire à peu de distance; il s'ensuit que la trompe bien plus longue (quatre à cinq pouces) que l'ovaire avec son ligament (deux pouces et demi au plus), est forcée de se recourber vers lui.

La cavité intérieure de la trompe, qui, dans son trajet à travers les parois de la matrice, n'a souvent pas une demi-ligne de diamètre, en prend un de trois à quatre lignes dans les endroits signalés plus haut comme offrant ses plus grandes dimensions. Elle est tapissée d'une membrane muqueuse, manifestée sur-tout par les plis longitudinaux qu'elle forme et qui la rendent susceptible d'un élargissement facile; elle renferme souvent un mucus opaque, blanc, lactescent, parfois comme puriforme, d'autres fois plus clair et moins abondant. Cette membrane interne est séparée du péritoine par une couche musculeuse bien souvent inapercevable, mais dans quelques cas, visible et, comme l'avaient noté déjà Santorini, Meckel, etc., composée de fibres longitudinales au-dehors et circulaires au-dedans. Nous avons dit ailleurs que les fibres longitudinales faisaient suite aux faisceaux obliques de l'utérus; il est clair que les trans-

versales représentent la continuation des fascicules circulaires qui entourent, dans le fond de la matrice, chacun des angles de cet organe et des orifices tubaires qu'on trouve au sommet de ces angles (*Voyez* la pl. VII) : c'est ici, par conséquent, que nous trouvons la preuve complète des analogies que nous avons établies plus haut entre l'utérus de la femme et celui des autres mammifères, chez lesquels la trompe ne diffère de la corne utérine, dont elle est la suite, que par une plus grande étroitesse.

La structure de l'ovaire paraît avoir aussi quelque chose de musculaire; du moins nous savons déjà que les fibres utérines se réunissent en partie pour former le cordon ou ligament qui l'attache à la matrice, et que d'autres traversent l'aileron péritonéal pour arriver jusqu'à lui (*Voyez* pl. I, fig. I). Sous le péritoine très mince et très adhérent qui lui donne son aspect lisse et sa surface humide, se trouve une couche dense, épaisse, blanchâtre, épanouissement du ligament susdit et ayant assez l'aspect du tissu de la matrice en vacuité. Cette couche recouvre un parenchyme rougeâtre et plus mou, dans lequel sont renfermées les vésicules dites de Degraaf. Ces vésicules, au nombre de huit à vingt, de grosseur variée entre celle d'un grain de mil et d'un gros pois, sont remplies d'une liqueur limpide se concrétant par la chaleur et conséquemment albumineuse. Selon Baër (1), il y aurait aussi, dans chacune, du moins dans celles qui avoisineraient le plus l'extérieur et sur-tout le côté qui regarde le pavillon de la trompe, un petit corps flottant, déjà soupçonné par Malpighi, qui serait le véritable ovule rudimentaire (*Voy*. Pl. XXXVII, fig. 1).

On sait que les vaisseaux et les nerfs des trompes et des ovaires viennent de branches qui descendent au-devant de la colonne vertébrale et portent le nom de sper-

(1) *De ovi mammalium et hominis generis*, *Lipsiæ*, 1828, in-4°.

matiques, comme celles qui vont au testicule de l'homme; mais ce qu'il faut noter, c'est que de larges et nombreuses anastomoses établissent communication entre ces véhicules de vie, de nutrition, et ceux qui sont propres à la matrice, au vagin et *médiatement* même aux organes sexuels les plus extérieurs (1), considérations qui peuvent être d'une grande utilité dans la pratique.

Les connexions que nous venons d'assigner à la trompe avec l'ovaire correspondant, sont peut-être plus intimes à un âge plus tendre; on a cru du moins voir entre eux des canaux particuliers de communication directe, mais on n'a pu prouver qu'il y eût réellement une cavité dans ces prétendus canaux (*Rosen Muller*). Il paraîtrait même que, chez l'embryon, au contraire, la trompe serait fermée, que son ouverture s'établirait au quatrième mois seulement et les languettes plus tard encore (*Meckel*). Dès lors ces organes ne font plus que grandir par degrés et non brusquement, comme la matrice; aussi, chez l'adulte, les trompes sont-elles, proportionnellement à ce dernier viscère, considérablement moindres et moins flexueuses que chez le fœtus.

L'ovaire éprouve, dans les différents âges, des changements plus notables et sur-tout plus évidents encore : très alongé, prismatique, mou et rougeâtre chez l'embryon, il occupe alors le bas de la région lombaire; à la naissance, il est encore long, étroit, homogène dans sa texture. Long-temps il semble privé de cette enveloppe dense et épaisse qu'on lui voit chez l'adulte; mais elle

(1) Le cordon sus-pubien ou ligament rond, renferme des vaisseaux notables; nous y avons trouvé plusieurs fois, chez des femmes en couches, une artère de la grosseur d'une plume de pigeon : d'autrefois, les veines y sont tellement développées et tortillées, qu'elles viennent former dans le canal inguinal, un véritable varicocèle (pl. XXXII, fig. 3.); de là, une relation assez directe entre les vaisseaux sous-cutanés de la région inguinale, et ceux des organes les plus cachés du système utérin.

s'y montre à l'approche de la puberté. Les vésicules existent depuis bien plus long-temps; on les rencontre quelquefois dans le cours de la première année de la vie extra-utérine; d'autres fois, on ne les trouve que vers la dixième. Comme la trompe, l'ovaire croît et se renfle lentement jusqu'à la puberté; il a alors dix-huit à vingt lignes de longueur; il en avait la moitié chez le nouveau-né, mais l'épaisseur en était bien moindre; aussi y a-t-il, entre leurs poids, la distance de un à cent à peu près (de dix grains à un gros et demi) (*Meckel*).

Les phénomènes qui accompagnent ou suivent l'établissement de la puberté, amènent aussi des changements remarquables dans les organes qui nous occupent, indépendamment de la congestion sanguine dont il a été déjà question plus haut. Il paraît qu'à l'époque des règles sur-tout, l'orgasme peut être porté au point d'y faire naître un état analogue à celui que la copulation détermine, c'est-à-dire l'érection de la trompe et de ses languettes festonnées, le rapprochement du pavillon et de l'ovaire qui se trouve embrassé, enveloppé par lui dans une partie de sa surface extérieure. Cet état de choses a été constaté une fois sur le cadavre par l'un de nous; il l'a été par plusieurs observateurs chez des filles hystériques, comme chez des femmes fécondées. L'ovaire, dans ces circonstances, a présenté plusieurs fois aussi, même chez des vierges (1), ces corps jaunes ordinairement dus à un rapprochement productif des sexes. Le corps jaune, *corpus luteum*, paraît être le résultat du gonflement d'une des vésicules ovariennes irritée et déchirée par l'orgasme vénérien qui a sollicité le passage de l'ovule dans la trompe. La déchirure, promp-

(1) On l'a même vu une fois sur un enfant de cinq ans. (*Mackintosh; Lond., Med. Rep., Juillet* 1825.) Était-ce, comme le pensent Meckel et autres, un résultat de la masturbation?

tement cicatrisée, ne laisse plus voir qu'un corps globuleux, gros comme le bout du doigt, d'un jaune rougeâtre, charnu, épais et contenant un peu de liquide à son centre. Après ce temps de gonflement, le corps jaune s'affaisse, se ride, rentre dans l'ovaire où l'on en voit long-temps les traces sous forme d'une petite masse à contour sinueux et festonné comme le corps rhomboïde du cervelet ou des éminences olivaires. A l'extérieur, il reste aussi une cicatrice froncée; et de là vient que l'ovaire des femmes souvent accouchées, offre des froncis nombreux ; mais il n'est guère moins ridé chez les femmes mariées qui n'ont pas eu d'enfants. Chez toutes, il diminue de volume et s'atrophie au point de devenir rudimentaire dès que la menstruation a cessé avec tout son cortége de phénomènes sympathiques, et les prérogatives qu'elle manifeste, c'est-à-dire, sur-tout, la fécondité.

Indépendamment de ces changements dus à l'âge et à divers états fonctionnels, il est quelques anomalies individuelles dont nous dirons un mot. Déjà nous avons parlé de l'absence des ovaires ou de leur excessive réduction, dans le cas relaté par *Pears* : la matrice et les trompes existaient, mais aussi peu développées que chez un enfant impubère. L'ovaire manque aussi quelquefois d'un seul côté seulement (*Baillie*); il s'est montré dépourvu de vésicules sur des femmes stériles. Sa structure a pu d'ailleurs paraître, en certains cas, assez ambiguë, pour que l'on doutât de sa nature et du sexe de l'individu, particulièrement quand il s'était glissé, comme un testicule, dans une sorte de scrotum, à travers l'anneau inguinal.

Quant à la trompe, quelquefois, dès la naissance, oblitérée à son pavillon, terminée alors en cul-de-sac, et sans languettes laciniées (*Baillie*), elle cause, par cela même, la stérilité. Les exemples d'oblitération que nous avons pu

observer, paraissaient être ultérieurs de beaucoup à la première origine, et n'étaient complets que d'un seul côté, à moins que des adhérences très étendues ne les eussent toutes deux pelotonnées, pour ainsi dire, sur la matrice.

§ 9. Du vagin et de la vulve.

Pour transmettre hors de la matrice les produits qui s'y sont formés, pour y conduire ceux qu'elle est destinée à recevoir dans l'acte de la conception, une voie large et directe lui est ouverte au moyen d'un canal qui a plus de capacité qu'elle-même, dans son état le plus ordinaire, et d'une fente extérieure qui a plus d'étendue aussi que le canal même qui s'y ouvre; le canal c'est le vagin; la fente c'est la vulve.

Le premier a, chez l'adulte, quatre pouces environ de longueur, un pouce et demi de diamètre, dans un état de distension modérée; il est alors cylindroïde; mais, le plus souvent, il est aplati, presque effacé par la pression du rectum et de la vessie entre lesquels il est situé. En arrière, en effet, les trois quarts inférieurs sont accolés au rectum, et composent la cloison recto-vaginale : cloison considérablement épaissie en bas, et constituant la partie profonde ou élevée du périnée. Le quart ou le cinquième supérieur est séparé du rectum par un espace que tapisse une sinuosité du péritoine; d'où il suit que, là, une perforation du vagin communiquerait avec la cavité abdominale, tandis que, plus bas, elle pénétrerait dans l'intestin. En avant, une perforation pénétrerait, en haut, dans le bas-fond de la vessie, plus bas, dans l'urètre, car la paroi antérieure du vagin est intimement unie à l'un et à l'autre de ces organes.

Le haut du vagin embrasse le museau de tanche, et la raînure qui les sépare, nulle ou presque nulle en avant, est fort profonde en arrière. Parti de ce point, le canal,

au lieu de suivre l'axe de l'utérus, marche dans une direction toute opposée; il descend en avant, en se rapprochant de l'axe du détroit inférieur, de sorte que ces deux organes, considérés ensemble, représentent une ligne coudée ou courbe, parallèle à la courbe par laquelle on voudrait réunir dans l'excavation les axes des deux détroits du bassin. L'ouverture ou l'extrémité supérieure du vagin, doit donc être coupée obliquement, pour regarder, comme l'axe de l'utérus, en haut et en avant; l'ouverture inférieure, ou orifice vulvaire, doit l'être aussi obliquement, dans un autre sens, pour regarder en avant et en bas; et, en conséquence, la paroi postérieure doit être, de beaucoup, plus longue que l'antérieure; de deux cinquièmes environ.

Ces parois sont constituées par une membrane muqueuse, colorée en rouge chez les jeunes sujets, ardoisée ou pâle chez les femmes âgées, ferme et ridée chez les premières, molle et lâche chez les dernières, toujours humectée de mucosités visqueuses, qui sortent avec plus d'abondance, et s'échappent au-dehors dans les moments d'excitation voluptueuse. Les rides dont nous avons parlé, sont en grande partie transversales ou obliques; seulement une ligne saillante, nommée colonne, les traverse d'ordinaire dans toute la longueur de la paroi postérieure, parallèlement à la ligne médiane. En avant, se voit une pareille ligne, mais qui s'efface de même très aisément; aussi, en écartant les lèvres de la vulve, voit-on fréquemment la paroi antérieure présenter une convexité saillante, marquée seulement de gros plis transverses, et qui semble boucher l'orifice vulvaire du vagin.

Cette membrane muqueuse est doublée d'une tunique plus épaisse, à laquelle elle adhère beaucoup, et qui participe à ses froncements. Celle-ci, jaunâtre, dense, paraît en continuité de substance avec le col de l'utérus, et de nature identique (*Azzoguidi*, *Velpeau*, etc.); elle

nous a semblé aussi en continuité de substance avec la capsule fibreuse ou musculaire qui enveloppe cet organe (tunique sous-péritonéale). En outre, elle est environnée, pénétrée même d'un réseau de vaisseaux artériels non moins flexueux que ceux de la matrice, et de veines enlacées, qui lui donnent une sorte de spongiosité, et la font supposer douée d'un certain degré d'érectilité. Ce lacis vasculaire est sur-tout remarquable au voisinage de l'orifice vulvaire du vagin ; il constitue là ce qu'on a nommé *plexus rétiforme*. Peut-être le vagin jouit-il aussi de quelque contractilité obscure, comme celle de l'utérus hors de la grossesse, comme celle du dartos de l'homme (*Cruveilhier*) ; ce qu'on peut assurer du moins, c'est que cette contractilité est évidente vers l'orifice inférieur. Là, en effet, un muscle à fibres demi-circulaires, superposé au plexus rétiforme, l'embrasse de chaque côté, et porte, non sans raison, le nom de constricteur du vagin ou de la vulve. On connaît aussi l'extensibilité dont ce canal est susceptible, et dont il fournit une preuve si manifeste lors de la parturition : l'effacement de ses rides concourt alors beaucoup à son ampliation.

C'est dans la partie postérieure de la vulve que débouche le vagin ; là son orifice est fortement resserré, quelquefois des trois quarts de son diamètre, par un repli de la membrane muqueuse en forme de cloison incomplète, perpendiculaire à l'axe du vagin, et qu'on a nommé *hymen*. Ordinairement ce pli, large en arrière, s'atténue de plus en plus en avant, formant ainsi un croissant très courbé ; d'autres fois, et ce serait selon Ruysch le plus ordinaire chez l'adulte, il est circulaire : tout récemment nous l'avons vu tel sur le cadavre de la fille de vingt-cinq ans, qui nous a fourni les mesures linéaires et pondérales de l'utérus ; nous lui avons trouvé une assez grande épaisseur (une ligne) au bord adhérent ; mais son bord libre était très aminci, comme frangé ou plutôt légère-

ment festonné, ainsi que l'a représenté Degraaf (tabl. IV). Sa largeur était de deux lignes à deux lignes et demie; son trou central admettait le doigt; et le diaphragme qu'il formait n'était point tellement tendu qu'il ne pût être aisément enfoncé ou attiré au dehors, comme une portion d'entonnoir ou même de cylindre, en déplissant quelques rides rayonnées, qu'on remarquait sur sa face inférieure.

Au-dessous de l'hymen, la vulve présente encore en arrière une petite excavation nommée *fosse naviculaire*, qui constitue, avec la *fourchette*, petite bride transversale qui la borne inférieurement, le bord antérieur du *périnée*, c'est-à-dire, de cet espace qui sépare la vulve de l'anus. Au-devant de l'orifice vaginal, on trouve à peu de distance, le *méat urinaire*, ouverture inférieure de l'urètre, de deux à trois lignes de diamètre longitudinal apparent, et fermée par deux petites lèvres latérales. Puis, vient une espace libre, d'un pouce environ de longueur, qu'on appelle *vestibule*; espace limité latéralement par un pli parti du contour du vagin; ce pli qu'on omet généralement dans les descriptions anatomiques, paraît soulevé par une portion du muscle constricteur du vagin, dirigée vers le clitoris, et représentant le bulbo-caverneux de l'homme. (*Blandin, Anat. chir.; pl. XI, L' L'.*) En avant, le vestibule est borné par la saillie du *clitoris*.

Cet organe ne se présente ici que sous forme d'un bouton continu avec l'une des extrémités antérieures des *nymphes*: ces crêtes charnues naissent de la face interne des grandes lèvres, vers le milieu de la vulve; en avant, elles se bifurquent, une partie se confondant avec le gland du clitoris, l'autre s'unissant avec celle du côté opposé pour coiffer ce gland d'une sorte de *prépuce*.

Enfin, la grande fente a, pour bornes latérales, deux longs et gros bourrelets formés par la peau, garnie de poils en dehors, amincie, humide, se transformant en

membrane muqueuse au côté interne. Ces grands plis, nommés aussi *grandes lèvres*, partent d'une saillie que la graisse fait faire à la peau qui recouvre les pubis, *pénil*, ou *mont de Vénus*, comme on l'appelle; ils se terminent insensiblement en arrière sur le périnée; là, ils s'affaissent et s'effacent, sans se réunir à proprement parler; car la commissure nommée fourchette, qui achève en arrière la circonscription de la vulve, n'est pas la terminaison réelle des grandes lèvres; elle ne semble l'être ou ne l'est en effet que chez les sujets maigres.

La peau couverte de poils, et soulevée par la graisse, constitue donc sur-tout le pénil et les grandes lèvres; mais, dans celles-ci, le tissu cellulaire est plus dense, plus filamenteux. Cette même peau, devenue mince, rouge, humide, pourvue de follicules (1), secrétant des mucosités, enfin transformée en membrane folliculeuse ou muqueuse, revêt toutes les autres saillies ou les espaces que nous venons de décrire; mais en outre, un tissu particulier est renfermé entre ses deux lames pour la construction des nymphes, et ce tissu est spongieux, caverneux, érectile. Il se continue avec un pareil tissu appartenant au gland du clitoris. Quant au reste de cet organe, il représente en petit le pénis de l'homme; attaché de même par deux racines aux branches des pubis, couvert aussi, à cette origine, par des muscles analogues aux ischio-caverneux; il est également constitué, en majeure partie, par un cylindre de tissu érectile revêtu d'une membrane fibreuse.

Le vagin est proportionnellement fort long chez l'en-

---

(1) Ces follicules, bien visibles dans beaucoup d'endroits, au vagin ou à la vulve, se remarquent mieux encore sur les nymphes. Sur les côtés du méat urinaire, se trouvent les orifices des lacunes rameuses, nommées prostates, par Bartholin et autres. (*Degraaf*, tab. V, VI et VII. *Morgagni*, *Adv. Anat.* I, tab. III. *Haller*, *Opera min.*, t. II, tab. IV.)

fant naissant, puisqu'il a de un et demi à deux pouces (*Rœderer*, *Meckel*), c'est-à-dire la moitié, ou peu s'en faut, de son étendue chez l'adulte. Ceci tient à la grande élévation de l'utérus dans l'abdomen. D'abord lisse chez l'embryon, le vagin offre, à la naissance, des rides excessivement nombreuses et saillantes (*Haller*, *Op. Min.*, t. 2, tabl. 4) : par la suite, elles s'effacent un peu, sur-tout en haut et en arrière, même chez les vierges. Chez celles-ci, le vagin conserve encore de l'étroitesse, de la fermeté et plus particulièrement vers sa partie inférieure. On sait qu'il prend de l'amplitude, de la mollesse et de la laxité chez les femmes qui ont usé du coït, et sur-tout chez celles qui ont eu des enfants ; les rides disparaissent quelquefois totalement chez celles-ci, et ce canal prend aussi parfois une longueur considérable, de cinq pouces, par exemple, tandis que chez d'autres sujets, il semble se raccourcir beaucoup, parce que l'utérus descend davantage ; de sorte que le doigt explorateur rencontre son col à un pouce et demi, un pouce même de l'orifice inférieur du vagin.

Des changements, auxquels on a donné beaucoup d'importance, s'opèrent à cet orifice même. L'hymen, qui n'existait point chez l'embryon, ne nous a paru représenté le plus souvent, chez l'enfant naissant, que par une duplicature fort lâche et fort épaisse, à large ouverture, et dont la partie postérieure, se prolongeait, en forme de luette ; c'est plus réellement dans les années suivantes, dans l'enfance bien établie, que ce repli prend la forme semi-lunaire qu'on lui attribue généralement. Selon Ruysch et Meckel, cette forme ferait place à la circulaire aux approches de la puberté. Il y a des filles chez lesquelles l'hymen est si peu prononcé que leur virginité pourrait, bien à tort, être révoquée en doute si l'on accordait à son intégrité toute la confiance que certains écrivains ont voulu lui

obtenir. On sait aussi que souvent il résiste à la copulation ou cède sans se rompre, et pourrait ainsi causer des erreurs en sens inverse. Il est vrai pourtant qu'il disparaît chez les femmes déflorées, soit par rupture, soit par un effacement graduel, comme Haller le présume. Alors se montrent ordinairement, autour de l'orifice du vagin, quelques éminences rougeâtres, appelées *caroncules myrtiformes* : à peine perceptibles chez certaines femmes, elles se présentent, chez d'autres, avec des dimensions telles qu'on les prendrait aisément pour des excroissances syphilitiques, sans leur aspect lisse et leur couleur rose pâle. Nous ne saurions mieux, dans ce cas, les comparer qu'à ces petites tumeurs hémorrhoïdales aplaties et pâles qu'on voit autour de l'anus, dans des moments où il n'y a ni inflammation ni flux de ce côté. Leur nombre est variable, quelquefois de cinq, plus souvent de quatre, parfois de deux seulement. Haller fait observer que deux sont plus constantes que les autres, l'une en avant, l'autre en arrière; elles répondent à l'extrémité inférieure des colonnes du vagin (1), et chez la vierge, l'hymen les cache ou bien se confond avec elles; les latérales sont ou des restes de l'hymen, ou, d'après la même autorité, un résultat d'hypertrophie dans les rides inférieures du vagin; ce sont ordinairement les plus considérables, d'après nos observations personnelles.

On dit que la vulve n'existe point dans les premiers temps de la vie embryonnaire; elle est du moins fort petite; mais ses lèvres ne tardent point à se prononcer. Toutefois elles laissent, dans les premiers mois de l'existence intra-utérine, saillir le clitoris et les nymphes

---

(1) M. Velpeau a confirmé cette observation. *Traité élémentaire de l'Art des Accouchements*, ou *Principes de Tocologie et d'Embryologie*, Paris, 1829, 2 vol. in-8°.

de manière à rendre le sexe équivoque; le sillon que forme la double crête de ces dernières sert pourtant de caractère distinctif. Les nymphes, en effet, font corps avec le clitoris; elles ne s'en distinguent bien, et ne montrent nettement leur bifurcation antérieure, que vers le milieu de la grossesse.

A la naissance, le bourrelet aplati et large qui représente les grandes lèvres, couvre imparfaitement la fente vulvaire et les nymphes; ces lèvres n'acquièrent effectivement que bien plus tard l'ampleur suffisante pour fermer complétement cette grande ouverture. C'est aux approches de la puberté qu'elles ont leur développement complet, que leur peau, jusque là semblable à celle du reste du corps, brunit et se couvre de quelques poils; que le mont de Vénus se relève et s'ombrage bien plus abondamment encore. En même temps la teinte rosée de la membrane muqueuse fait place à un rouge assez vif. Plus tard, les plaisirs de l'amour, sur-tout si l'on en abuse, l'accouchement, la vieillesse relâchent toutes ces parties, les rendent molles, humides, et changent la couleur rouge en ardoisée. Les grandes lèvres s'écartent aisément, ou pendent parfois d'une manière inégale; les nymphes, plus saillantes, les dépassent assez souvent, et sont d'autant plus molles qu'elles sont plus prolongées; mais ceci commence à constituer des variations individuelles : occupons-nous de ce sujet d'une manière plus spéciale.

Les rides et les colonnes du vagin sont quelquefois multipliées ou exagérées, de manière à changer beaucoup la disposition normale ou ordinaire de ce canal, à gêner ses fonctions, tant dans le transport du sang des règles ou des produits de l'acte générateur, que dans l'intromission nécessaire au complément de cet acte même : qu'il y ait quatre, six colonnes longitudinales au lieu de deux, ce n'est pas là ce qui importe; mais que la colonne

antérieure soit réunie, soudée à la postérieure, voilà une cloison qui diminue de moitié le calibre du canal ; on dit qu'elle peut exister même avec une matrice simple : nous n'en connaissons d'exemples qu'avec une matrice à deux cavités (*Eisenmann*, etc.)

Les rides transversales peuvent aussi constituer, par leur élargissement, de véritables valvules fort gênantes, qui ont été considérées parfois comme une répétition de l'hymen; si nous en jugeons par un ou deux faits que nous avons observés, ces valvules sont latérales et en croissant plus ou moins large. Il est aussi des cloisons complètes, et l'hymen lui-même est quelquefois imperforé, de manière a former une cloison semblable ; mais qu'il nous suffise de les mentionner ici : la rétention du sang menstruel, qui en est l'inévitable suite, sera l'objet d'un chapitre particulier où nous rappellerons cette sorte de difformité. Là aussi nous rappellerons, avec plus de détails, les observations de vagin oblitéré, ou absent en tout ou en partie, quoique la matrice existât avec ses autres dépendances.

Achevons, en peu de mots, ce tableau par l'exposé rapide de quelques dispositions anormales de l'orifice inférieur du vagin. L'un de nous s'est vu forcé de faire tomber par la ligature une languette charnue, saillante de cinq à six lignes hors des lèvres de la vulve, du côté du périnée, et produite par un alongement de l'hymen, ordinairement assez épais en arrière, chez les nouveaux nés, comme nous l'avons dit plus haut : c'était effectivement chez un enfant en bas âge que cette opération fut jugée nécessaire.

C'est un état bien autrement fâcheux que celui dont il existe trois exemples connus (*Boyer*), dont deux exposés avec quelque détail par l'accoucheur *Barbaut* (1). Un de ces derniers sans doute est le même que Louis a mentionné

(1) *Cours d'Acc.*, p. 59.

dans une thèse réputée pour le scandale auquel elle donna lieu. Cet état consiste dans l'abouchement du vagin avec le rectum. On en peut dire autant des cas où c'est le rectum qui s'ouvre dans le vagin. Quelquefois alors, le vagin même s'ouvre dans le col de la vessie ou l'urètre (*Sue*). Cette dernière communication peut avoir lieu aussi sans la première, ainsi que nous l'avons indiqué chez plusieurs prétendus hermaphrodites. Une fois on a pu, par une incision profonde, pratiquée au-devant du coccyx, rétablir l'anus dont il n'existait auparavant aucune trace, et guérir ainsi une fistule recto-vaginale de naissance, sans autres soins particuliers (1). Les autres difformités dont il a été ici question sont incurables.

Dans un certain nombre des cas précédemment énoncés, la vulve n'existe point à proprement parler; ou bien, comme dans les oblitérations complètes du vagin, dans les absences de vagin et de matrice, elle est réduite à un enfoncement infundibuliforme entre les grandes lèvres, enfoncement terminé par un méat urinaire toujours plus large que de coutume, et sans bords nettement arrêtés. La vulve pourrait, au contraire, être considérée comme plus ample que de coutume, ou confondue avec l'anus dans certains cas où le rectum s'ouvrait immédiatement sous l'orifice du vagin; mais alors il semble que c'est l'intestin qui s'est porté ou prolongé au-dessus du périnée, plutôt que la vulve ne s'est étendue aux dépens de cet espace cutané : il en était ainsi du moins chez un nouveau-né que nous avons vu, et nous nous sommes assurés que la communication n'avait lieu qu'à l'aide d'un étroit canal dirigé horizontalement d'avant en arrière. Aussi, ce canal pourrait-il être aisément fendu, et l'anus rétabli en son lieu normal, opération qui, en effet, a été pratiquée avec succès en Allemagne, par le docteur Dieffenbach.

---

(1) Dupuytren, art. *Anus anormal* du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, t. III, p. 121

La vulve peut aussi être fermée par la coalescence congéniale de ses lèvres, quoique tous les organes internes existent; mais cette disposition, et les divers degrés de resserrement qui y conduisent, sont plus souvent encore l'effet d'une lésion accidentelle, d'une brûlure; quelquefois même c'est la suite d'une opération pratiquée à dessein, selon la coutume de quelques nations. Plus d'une fois il a fallu l'ouvrir ou l'agrandir par l'instrument tranchant conduit avec précaution et sur une sonde cannelée, pour faciliter l'écoulement des règles, la fécondation, l'accouchement.

Cette occlusion partielle a parfois accompagné le développement excessif du clitoris, à la base duquel un pertuis servait à la fois à l'écoulement de l'urine et à celui des menstrues; alors, on a pu se tromper sur la détermination du sexe, et l'erreur a été plus excusable encore si les lèvres de la vulve, presque tout-à-fait soudées, contenaient quelque portion d'intestin ou d'épiploon herniée par l'anneau inguinal, et propre à simuler un testicule (1).

Le clitoris est, en effet, susceptible d'acquérir des dimensions égales ou supérieures à celles du pénis de l'homme; et dès lors, soustrait au contact de la surface muqueuse et humide des grandes lèvres, ses téguments prennent l'aspect de la peau, et rendent la ressemblance plus frappante; en sorte que l'imperforation, c'est-à-dire l'absence de l'urètre peut seule faire distinguer l'un de l'autre; encore cette absence se rencontre-t-elle, anormalement il est vrai, chez certains sujets du sexe masculin; et chez ceux-ci, le scrotum, quelquefois vide, est fendu par une sorte de vulve dans le fond de laquelle s'ouvre l'urètre. En réalité donc, c'est l'absence du vagin et de l'utérus qui caractérise, sur-tout dans ce cas, la masculinité.

---

(1) *Voy.* le Mém. déjà cité; *Éphém. Méd. de Montpellier*, t. V, p. 24 et 25.

Les nymphes se présentent parfois aussi avec une conformation différente de celle que nous avons indiquée plus haut. Certaines fois peu saillantes, fort courtes, presque nulles ; elles acquièrent, au contraire, chez quelques femmes, une ampleur difforme; considérablement prolongées, soit uniquement dans leur partie moyenne et postérieure soit aussi dans leur portion la plus avancée au-devant du clitoris, elles constituent, chez un certain nombre seulement de femmes Hottentotes et Boschismans (*Levaillant*), deux lobes oblongs, ou bien une sorte de voile, de *tablier* pendant devant la vulve. Ce prolongement, moins ordinaire chez d'autres Africaines, l'est assez cependant pour avoir, dit-on, rendu nécessaire une profession particulière vouée à la nymphotomie ou circoncision des femmes. On parle de multiplicité des nymphes, et Neubauer a fait figurer une vulve où l'on en trouvait trois de chaque côté. En examinant sa figure, on peut s'assurer que ce n'était point là une répétition, mais une division des nymphes normales; le corps même de ce repli, séparé du reste, et appliqué contre la grande lèvre, la portion préputiale et la portion confondue avec le gland du clitoris, l'une et l'autre un peu prolongée en arrière, voilà les trois représentants réels de cette triple paire de nymphes.

Enfin la coalescence des nymphes, qui nécessairement accompagne celle des grandes lèvres dans quelques individus supposés hermaphrodites, peut exister isolément aussi. Une petite fille nous fut présentée pour examiner à quelle cause tenait la difficulté d'uriner qui lui était habituelle. L'urine s'échappait par un étroit pertuis au voisinage du clitoris; un stylet porté dans ce trou ne pénétra pas dans la vessie; mais dirigé horizontalement d'avant en arrière, il se porta dans le vagin tout près de son orifice externe; les nymphes n'existaient point en apparence; nous reconnûmes aussi qu'elles étaient soudées

et faisaient un canal étroit et comme posé à angle droit sur l'orifice de l'urètre, de manière à recevoir les urines, à les arrêter dans leur émission, pour les laisser échapper, partie en avant, partie en arrière. Fendu sur une sonde cannelée, ce canal a laissé à decouvert le méat urinaire, et fait disparaître la gêne qui existait auparavant (D.).

Une opération tout aussi simple, une ponction, a réussi également dans des cas où le méat urinaire était directement obturé par une membrane.

§ 10 Des moyens d'exploration propres à éclairer le diagnostic des maladies de l'utérus et de ses annexes.

La préférence que les femmes donnent communément aux accoucheurs ou aux chirurgiens dans les maladies qui affectent les organes génitaux, n'est que trop souvent justifiée par la négligence que mettent les médecins à examiner physiquement les parties malades, par l'incapacité où seraient beaucoup d'entre eux de tirer aucun fruit d'un pareil examen, et par la confiance forcée qu'ils accordent aux signes rationnels presque toujours insuffisants pour établir un diagnostic un peu sûr. Quelque pénible que soit à la femme le sacrifice de pudeur que cet examen requiert, il ne faut s'en abstenir que dans le cas où rien ne peut faire soupçonner une lésion grave, ou qui pourrait devenir telle; et l'on doit, dans le cas contraire, insister avec les formes et les ménagements convenables pour y décider la personne malade ou menacée. Est-il besoin de prescrire ici, plus encore que dans toute autre exploration, les règles de la décence et de la douceur? Épargner à la femme autant d'embarras moral et de douleur physique que faire se pourra, n'est-ce pas un précepte que dicte à tout praticien l'humanité d'abord, et l'intérêt personnel ensuite? Les explorations faites par le tact troublent moins les femmes que celles où la vue

est nécessaire : il ne faut donc pas indifféremment proposer l'une ou l'autre, sur-tout si l'on juge convenable d'employer le speculum, dont l'introduction est généralement assez douloureuse. Le toucher suffit souvent à lui seul : tel est le motif qui nous détermine à nous en occuper d'abord.

On emploie de plusieurs manières le sens du tact à la découverte des lésions du système utérin ; nous en distinguerons trois principales :

1° *Palpation sus-pubienne.* La malade est couchée sur le dos, la tête soutenue, les épaules un peu élevées, les cuisses demi-fléchies et les talons appuyés ; on lui recommande de ne faire aucun effort et de s'abandonner complétement durant l'opération ; la chemise seule recouvre la peau, et la main étendue est portée entre ce vêtement et les autres ; en cas de nécessité seulement, elle s'applique à nu sur l'abdomen. Appuyée à plat d'abord, en travers, puis en long sur l'hypogastre, la main déprime les parois abdominales en exécutant quelques mouvements latéraux pour éloigner les viscères les plus mous, les plus mobiles, les anses intestinales. Si, dans ces mouvements, la main sent quelque corps dur, la pulpe des doigts est ramenée sur lui pour l'explorer avec plus de soin en se promenant sur sa surface, en le poussant en divers sens, de manière à juger de son volume, de sa forme, de sa consistance, de sa mobilité, de ses connexions avec d'autres organes. On explorera ainsi d'abord les fosses iliaques où se trouvent quelquefois les trompes et les ovaires malades, puis l'hypogastre proprement dit qu'occupe souvent le fond de l'utérus : quelquefois, pour l'atteindre, il faudra déprimer les parois abdominales et les enfoncer jusque dans le bassin, à l'aide des doigts graduellement fléchis, la paume de la main s'appuyant au devant des pubis. Pour que ce mouvement soit réellement utile, il faut que la vessie soit

vide; la malade aura donc uriné d'avance ou bien le cathétérisme sera pratiqué s'il est nécessaire; il est utile aussi que le gros intestin ait été préliminairement vidé, afin que la plénitude du colon iliaque ne trompe pas l'explorateur. Cet examen doit être fait avec lenteur et méthode, sans quoi il n'offre aucun résultat, à moins qu'il n'y ait des désordres déjà très considérables.

2° *Toucher vaginal.* Pour mieux apprécier le poids, l'élévation, la direction de la matrice, il est bon que la femme se tienne debout; mais pour le reste, il est plus commode qu'elle soit couchée sur le dos ou tout au plus inclinée vers l'un des flancs. Dans le premier cas, l'explorateur se placera devant elle, assis ou bien un genou en terre, l'autre relevé pour soutenir le coude s'il en est besoin; dans le deuxième, on pourra plus aisément joindre la palpation au toucher; l'attitude de la malade sera donc la même que pour cette première opération; mais il faudra aussi que le bassin soit un peu relevé et parfois même soulevé à une assez grande hauteur, soit momentanément, soit en permanence, tant pour rendre l'introduction du doigt plus facile, éviter des tâtonnements désagréables, que pour rendre l'utérus plus accessible. Les cuisses devront être écartées sans effort, mais assez pour laisser à la main la liberté dont elle a besoin dans ses recherches. Tout étant ainsi disposé, on se place à côté du lit, vers le bord duquel la malade s'est avancée, on se tourne un peu vers la face de celle-ci, et l'on glisse sous les vêtements, entre les membres inférieurs, la main qui, dans cette situation, est portée le plus naturellement vers les parties à examiner, la gauche, si l'on arrive à la malade par son côté gauche, la droite, si c'est du côté droit que son lit est libre: on doit chercher à disposer les choses dans ce dernier sens, car la main droite est, en général, mieux exercée que la gauche.

Le doigt indicateur est celui dont on se sert avec le plus d'aisance et qui suffit ordinairement seul au toucher; c'est pour pouvoir le pousser plus avant qu'on lui adjoint quelquefois le médius qui, plus ordinairement, ployé vers la paume de la main, appuie sur le périnée, le refoule en haut, mais y trouve quelquefois une résistance qui empêche l'index d'aller aussi profondément qu'on le désire. Dans certaines circonstances même, il faut glisser dans le vagin la main tout entière, mais cela est rare ailleurs que dans les cas d'obstétrique. Le doigt à introduire sera préalablement couvert d'huile, de cérat, de pommade ou de blanc d'œuf, pour en faciliter le passage plus que pour le préserver de l'action des humeurs morbides avec lesquelles il doit se trouver en contact et contre lesquels cet enduit le défendrait fort mal. Son bord radial ou pollicien est appuyé d'abord de toute sa longueur sur l'intervalle qui sépare les cuisses à leur union avec le tronc; il écarte ainsi facilement les grandes lèvres sans recherches prolongées; et ramenant son extrémité du coccyx au pubis, il la fait, avec certitude et sans violence, pénétrer dans la partie postérieure de la vulve où se trouve l'orifice du vagin; alors il l'enfonce dans la direction connue de ce canal, en parcourt lentement les parois, en perçoit les inégalités, arrive au col de l'utérus, se glisse sous lui, derrière lui, toujours avec lenteur et sans effort, en explore, au moyen de sa pulpe, toute la superficie, en reconnaît l'orifice, puis pèse avec circonspection sur les diverses régions de sa surface pour en apprécier la sensibilité, soulève la matrice en totalité pour prendre connaissance de son poids, de sa mobilité, la fixe et la mesure approximativement, conjointement avec l'autre main appuyée sur l'hypogastre, et peut enfin s'assurer aussi, jusqu'à un certain point, de l'état du corps utérin, de son développement, de sa consistance, etc., en repous-

sant profondément la rainure en cul-de-sac qui entoure le muscau de tanche.

L'opérateur note dans sa mémoire chacune des découvertes qu'il a successivement faites, les vérifie, s'il le faut, par un deuxième essai, avant de retirer le doigt introduit, et, quand il a terminé son opération, il remarque encore la nature des matières dont il s'est chargé; pour en mieux apprécier la couleur, il essuie le doigt sur un linge blanc, avant de se laver les mains.

Ici, plus encore que dans le cas précédent, il est bon que le gros intestin soit débarrassé de son contenu, naturellement ou par l'effet d'un clystère : le rectum, rempli d'excréments, aplatit le vagin, en refoule en avant la paroi postérieure, et rend le corps de l'utérus d'un plus difficile accès.

3° *Toucher rectal.* La pudeur des femmes n'est pas moins effarouchée de ce mode d'exploration que du précédent; c'est même un surcroît fort désagréable au sacrifice pénible qu'elles ont déjà fait en se soumettant au toucher vaginal. On ne portera donc le doigt dans le rectum, que quand on sentira la nécessité de suppléer aux imperfections du diagnostic fourni par son introduction dans le vagin. Des tumeurs siégeant entre la matrice et l'intestin, ou vers les parois latérales et postérieures du bassin, des engorgements du corps de la matrice, des déplacements particuliers de cet organe, ne seraient pas suffisamment examinés par le doigt glissé dans la vulve; les cas d'imperforation, ceux d'étroitesse excessive de l'orifice vaginal, peuvent exiger même qu'on préfère le mode dont nous parlons ici à celui dont il était question tout à l'heure. Enfin, nous en avons déjà fait connaître l'utilité pour les cas où l'absence de l'utérus permet de sentir, par le rectum, la convexité d'une sonde insinuée par l'urètre dans la cavité de la vessie.

On peut donner ici les mêmes attitudes à la malade

que pour le toucher vaginal ; mais si elle est couchée sur le dos, on lui fera fortement relever le bassin.

L'index, rarement accompagné du médius, sera glissé dans l'anus avec les mêmes précautions que dans la vulve; recourbé en avant, ce doigt présentera sa face palmaire à la paroi antérieure du rectum et aux corps à explorer.

Malgré la répugnance des malades, il est quelquefois nécessaire que les parties affectées soient soumises aux yeux d'une personne instruite, et ceci est plus particulièrement indispensable pour la lésion des organes extérieurs de la vulve et de ses dépendances. Le plus souvent il suffit que la femme, assise sur le bord d'un lit, d'une chaise, d'un fauteuil, en face du jour, renverse le tronc en arrière, et tienne les cuisses suffisamment écartées ; l'explorateur écarte lui-même les grandes lèvres, les nymphes, la fourchette, les caroncules myrtiformes, etc. ; quelquefois il faut absolument que la femme soit couchée à plat sur le dos ; et, dans quelques circonstances même, il est bon qu'elle soit soutenue sur les genoux et les coudes, les cuisses écartées et les fesses tournées au jour du côté duquel se tient aussi l'explorateur. C'est de cette dernière façon qu'on peut bien examiner la paroi antérieure du vagin dans ses portions inférieures, y voir des fistules qu'on n'apercevrait, dans une autre attitude, qu'en faisant élever fortement le siége, et se plaçant soi-même beaucoup plus bas. On découvre mieux aussi, de cette manière, l'état du périnée et de l'anus. A la vérité, pour ce dernier objet, il suffirait que la femme fût couchée sur le côté, et fléchît fortement la cuisse qui serait alors en dessus, tenant l'autre étendue parallèlement à l'axe du corps.

Dans tous les cas, des lotions, des injections même auront d'abord nettoyé les parties, pour que leur surface ne soit point masquée par des mucosités ou d'autres pro-

duits qui pourraient induire en erreur, en cachant une lésion réelle, ou en donnant l'aspect malade à une partie saine.

Mais les regards peuvent pénétrer plus avant encore, arriver même jusqu'au museau de tanche, et reconnaître, sur cette partie ou dans les environs, des détails de couleur, de forme et de volume même qui pourraient être dissimulés au toucher, soit par la mollesse des élevures, soit par la difficulté d'éviter toute illusion, en ce qui concerne les dimensions, quand le doigt seul en est juge. Pour cela, comme pour insinuer avec sécurité jusqu'au col de la matrice des caustiques, des sangsues, des médicaments narcotiques, etc., il leur faut un conducteur qui ouvre la voie et préserve les parois du vagin. Ce conducteur s'appelle *speculum*.

Ce nom n'est pas nouveau, et depuis bien long-temps en effet on avait eu l'idée d'inspecter ainsi les parties profondément cachées. Le *speculum uteri* était à deux ou à trois branches, formant ensemble un cône alongé et étroit qu'on pouvait introduire avec facilité dans le vagin; alors, par des moyens mécaniques assez simples, on écartait ces branches l'une de l'autre pour laisser le champ libre à l'œil; mais l'étroitesse des branches rendait l'écartement des parois molles du vagin incomplet, insuffisant, sur-tout si leur nombre était réduit à deux. M. Récamier fit construire un tube conoïde ouvert à ses deux bouts et d'un diamètre égal à la plus grande extension dont le vagin soit susceptible, sans trop de violence; glissé dans ce canal, la femme étant demi-couchée ou assise en face du jour, il permet de découvrir le col utérin, d'en contempler la forme, la couleur, d'en recueillir immédiatement les mucosités, etc.; mais, malgré l'addition du manche qu'y fit adapter M. Dupuytren, c'est un instrument difficile à placer, et d'une introduction généralement douloureuse, à cause de son volume. Madame Boivin

le composait d'abord de deux gouttières, dont la réunion forme un conoïde complet; chacune de ces gouttières est soutenue par une branche munie d'un anneau, et ces branches sont articulées comme celles des pinces à pansement; mais une vis de pression adaptée à leur entablure, les arrête au degré d'écartement qu'on juge à propos de leur donner. Depuis, Madame Boivin a supprimé ces branches qu'elle a remplacées par un curseur à crémaillère, ce qui rend l'instrument plus facile à porter dans la poche. M. Lisfranc a fait construire et articuler les manches de ces deux demi-cylindres sur les modèles des anciens spéculum à deux branches, c'est-à-dire en double bascule; c'est aussi par un mouvement de bascule ou de levier coudé que s'écartent les pièces plus ou moins nombreuses (quatre au moins) dont se compose le spéculum proposé à peu près en même temps par MM. Guillon et Rique. Nous nous sommes toujours bien trouvés du spéculum brisé décrit en premier lieu; son introduction n'est point pénible quand il a été bien graissé et suffisamment chauffé; on suit des yeux, comme pour le spéculum ordinaire, la marche de son ouverture ou son bout le plus étroit entre les parois du vagin; on les lui voit écarter successivement; car pour peu qu'elles soient flasques, elles sont en contact mutuel et semblent obstruer, perpendiculairement à son axe, l'ouverture de l'instrument; ce n'est que vers le fond du vagin qu'il trouve un vide plus réel et qui aide à reconnaître le museau de tanche. L'écartement des deux gouttières quand l'instrument est en place, est facilement porté et arrêté au point d'élargissement désirable, sans qu'aucun pli de la membrane du vagin gêne l'observateur, ou risque d'être pincé quand on referme le spéculum dont une gouttière s'emboîte alors dans l'autre. De plus, l'auteur de cet instrument, Madame Boivin, a fait fenêtrer une de ces gouttières afin d'explorer à volonté un point quelconque des parois vaginales

ou d'y porter les médicaments convenables. Une plaque du même métal ferme cette ouverture, quand elle n'est pas jugée nécessaire. On peut, dans le même but, se servir, comme nous l'avons fait, d'une moitié de l'instrument introduite seule, ou bien d'un spéculum simple mais privé d'une portion de ses parois dans toute sa longueur, comme l'ont employé M. Dubois et M. Lallemand, pour visiter et opérer les fistules urinaires. Un spéculum bivalve, c'est-à-dire composé de deux gouttières articulées par un de leurs bords et pouvant s'ouvrir plus ou moins largement, a été proposé pour le même objet, par le docteur Deyber, et M. Guillon avait eu d'abord la même idée, uniquement pour agrandir le diamètre de l'instrument. Le spéculum de cristal que M. Guibert a cru propre à obtenir des notions exactes sur l'état des parois vaginales, ne peut en donner que de fausses par l'obscurcissement qu'y produisent les mucosités, par l'aplatissement, la décoloration qu'il produit lui-même à la surface sur laquelle il presse : une lame de verre appliquée sur la langue, en fait-elle connaître la couleur, en montre-t-elle les papilles? on n'y voit plus qu'une surface lisse et décolorée. La lumière ne pénètre pas toujours facilement au fond du vagin; l'observateur même fait ombre sur l'ouverture de l'instrument, s'il veut examiner les choses de près : pour y suppléer on s'est servi avec avantage d'un miroir concave (Colombat), reflétant la lumière d'une bougie dans le tube et servant en même temps d'écran à l'œil qui y plonge ses regards : une cuillère d'argent bien polie peut suffire à cet objet, sans qu'il faille recourir à l'appareil un peu compliqué de M. Ségalas ; c'est un miroir conique, percé à son sommet, d'un trou par lequel on observe, et contenant, vers sa base, deux bougies dont la lumière est réfléchie vers les objets qu'on examine.

Le col de l'utérus est quelquefois tellement incliné en arrière, que le spéculum ne peut le faire saillir dans son

ouverture terminale malgré les inclinaisons variées qu'on lui imprime. Madame Boivin a imaginé, pour le ramener en avant, un instrument qui y parviendra sans peine toutes les fois que des adhérences anormales ne le retiendront pas en arrière; il consiste en une tige métallique courbée en S, et portant à chacune de ses extrémités une cuillère fenêtrée, une sorte d'anneau qui doit entourer, saisir et ramener le museau de tanche en avant.

Les injections sont ici plus nécessaires encore que dans le cas précédent, pour nettoyer les surfaces à examiner; on peut aussi en absterger les humeurs, celles par exemple, qui enduisent le col de la matrice, en se servant de bourdonnets de charpie, portés au bout d'une longue pince. Le sang qui coule des surfaces ulcérées les masque parfois tellement qu'on ne peut les reconnaître avec facilité. Madame Boivin se sert, dans ce cas, d'injections aiguisées d'une solution de chlorure de soude (deux onces pour une livre d'eau) : l'effusion de sang s'arrête ainsi, les surfaces blanchissent et se nettoient, en même temps que sont neutralisées les émanations putrides qui s'exhalent parfois des parties malades.

Nous compléterons cet article des explorations du système utérin, en disant un mot de l'auscultation dont on peut tirer parti dans quelques circonstances, à la vérité plus obstétricales que médico-chirurgicales. On sait que c'est durant la grossesse que M. de Kergaradec a reconnu, à l'aide du stéthoscope, les battements du cœur du fœtus; c'est déjà un moyen de distinguer la vraie grossesse de la fausse : de plus, ce médecin a constaté encore un autre genre de battements isochrones au pouls de la mère, battements avec *souffle*, et qu'il croit dus à la circulation placentale. Fondé sur des arguments assez valables, M. Paul Dubois a pensé, depuis, que le placenta n'était pour rien dans ces battements avec souffle,

et que le cours du sang dans les vaisseaux utérins dilatés en était la seule source. Donc ce signe, perçu par l'oreille médiatement ou immédiatement appliquée sur l'abdomen, servirait à prouver, non que la matrice renferme un enfant vivant, mais bien qu'elle est distendue et hypertrophiée par une cause quelconque, par une grossesse vraie ou fausse.

On a eu aussi l'idée de fabriquer un stéthoscope qui pût s'appliquer sur l'orifice vaginal de l'utérus; c'est là le métroscope de M. Nauche. Mais cet instrument en apprendrait probablement beaucoup moins, en général, que le stéthoscope ordinaire promené sur le ventre, et il exposerait sans doute à des erreurs provenant des bruits que les vaisseaux du vagin pourraient transmettre au tube avec lequel ce canal serait immédiatement en rapports, et en rapports beaucoup plus sûrs et plus étendus que le col de la matrice.



PREMIÈRE PARTIE.

LÉSIONS DE L'UTÉRUS.

PREMIÈRE SECTION.

SOLUTIONS DE CONTINUITÉ.

Cette section se partagerait assez naturellement en deux chapitres : ruptures, ou solutions de continuité par cause interne, par contraction violente et irrégulière de l'utérus; plaies ou solutions de continuité par violences venues du dehors. Mais les ruptures n'ayant jamais lieu sans distension préalable de la matrice, comme dans l'état de grossesse, dans le travail même de l'accouchement, on s'est accoutumé à classer ces accidents parmi ceux dont s'occupe l'obstétrique, et pour en donner ici une histoire complète, il nous faudrait copier presque textuellement le mémoire rédigé par l'un de nous, et qui fait partie de la pratique des accouchements de Madame La Chapelle (8e Mémoire, t. III). Nous préférons y renvoyer nos lecteurs en leur indiquant aussi d'autres ressources où ils pourront trouver encore des notions qui seraient ici déplacées : telle est la thèse de M. Deneux (1) et la dissertation, plus ancienne, de Crantz (2). Il nous reste donc à parler des lésions par cause extérieure. Quelques-unes de ces causes, comme une forte pression, une percussion violente, peuvent encore causer des rup-

(1) *Essai sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement*, an XII ou 1804.

(2) *De rupto, in partûs doloribus a fœtu utero*, 17 6.

tures qui ne doivent pas nous arrêter plus que les précédentes dont elles diffèrent peu, supposant de même que la matrice est distendue. Dans le plus grand nombre des exemples observés par les praticiens de véritables plaies du corps de la matrice, il y avait aussi plénitude de l'organe. En effet, mobile, et sur-tout caché comme il l'est dans l'excavation pelvienne, il échappe aisément à l'action du corps vulnérant, tant qu'il n'a que son volume ordinaire. S'il est, ainsi que le col, exposé à des secousses, à des contusions même, il n'en résulte rien d'immédiat, ou bien ce sont des circonstances qui rentrent totalement dans l'étiologie de la ménorrhagie, de la métrite, du cancer utérin, etc.

La thérapeutique de certaines altérations de la matrice nous donnera occasion de citer les cas nombreux où l'instrument chirurgical a été porté sur le museau de tanche, pour l'inciser, l'enlever, et de ceux où l'on a même osé séparer en totalité l'utérus du corps de la femme. Nous y verrons que les blessures du col de la matrice sont en elles-mêmes peu dangereuses, ce que prouvent encore, et de reste, les cas de déchirure, d'arrachement causé par l'impéritie, ou bien par la seule impulsion de la tête du fœtus, comme dans l'observation rapportée par Merriman, où la presque totalité du col utérin paraît avoir été ainsi emportée (1). Il n'en est pas ainsi des blessures du corps de cet organe, comme le prouve le mauvais succès fréquent de l'opération césarienne. Dans ce cas, il est vrai, l'abdomen est aussi largement ouvert, et la péritonite à peu près inévitable ; mais les parois du ventre conservent leur intégrité dans les cas de rupture utérine, et pourtant, à peine compte-t-on quelques exemples de guérison après ces lésions spontanées. Toutefois, ces exemples, et ceux de réussite obtenue

---

(1) *On difficult parturition*, p. 271, et pl. VI.

par l'hystérotomie abdominale, quelque peu nombreux qu'ils soient, prouvent que les plaies de la matrice sont loin d'être nécessairement mortelles. La mort a cependant résulté quelquefois immédiatement de pareilles blessures, et ce, par suite de l'hémorrhagie due à la lésion de quelqu'un de ces gros vaisseaux dont la matrice est si abondamment pourvue durant la grossesse, et qui ne réduisent leur diamètre au point de faire cesser tout danger que quand la plaie a été assez large pour que l'utérus se débarrassât immédiatement de son contenu, et se réduisît à de faibles dimensions, ou bien quand les contractions de ce viscère, excitées par la blessure, ont rétréci la plaie, comprimé les vaisseaux, etc. Ces considérations rendront raison de la différence des suites observées dans les cas suivants. La femme d'un soldat, grosse de huit mois, reçoit un coup d'épée au voisinage de l'ombilic; elle meurt en peu d'instants. A l'ouverture du cadavre, on trouve beaucoup de sang épanché dans l'abdomen et dans la matrice; celle-ci était percée près de son fonds; le fœtus, mort aussi, avait une blessure à la poitrine (*Devaux* (1)). Un clou volumineux traverse les parois abdominales au côté gauche de l'ombilic, à trois pouces de cette cicatrice, chez une femme grosse de sept mois : douleur médiocre d'abord; de l'eau mêlée de sang s'échappe en jaillissant de la plaie; le ventre s'affaisse, la peau se ride, et l'utérus se contracte; le lendemain, convulsions, hoquet, vomissements bilieux; mort soixante heures après l'accident. On trouva que la piqûre de la matrice était fort étroite et située deux pouces plus bas que celle des téguments; il y avait cependant encore de l'eau dans cet organe; l'enfant avait été légèrement piqué à la partie postérieure de l'épaule droite (*Planchon*). Une fille voulant se faire avorter, s'enfonce à plusieurs reprises par le va-

(1) *Art de faire les rapports en chirurgie*, p. 175.

gin, à travers les parois du col de la matrice, un instrument aigu qui perce les membranes et tue le fœtus : hémorrhagie abondante, fièvre intense, délire, convulsions, mort (1). Voilà deux preuves de la gravité de pareilles blessures. En voici d'autres propres à faire voir qu'il ne faut pas étendre à toutes un si fâcheux pronostic. L'utérus fut atteint par le trois-quarts chez une femme enceinte et hydropique, au témoignage du docteur Simmons; on le reconnut à l'écoulement du sang et à la douleur qui suivit la piqûre; néanmoins la grossesse marcha régulièrement jusqu'à son terme (2). Le trois-quarts fut même dirigé avec succès contre l'utérus distendu par une hydropisie chez une autre femme âgée de cinquante-trois ans (3). Et ce fait n'est pas le seul de son genre dans les archives de la science. Rousset en rapporte un plus étonnant encore : une balle de fusil traversa l'utérus et tua l'enfant; la mère, au contraire, survécut à la blessure, et en guérit. (*Partus cœsareus*, p. 114.) Voici une autre observation qui diffère peu de celle de Rousset :

Un coup d'arme à feu chargée de plusieurs balles et chevrotines est tiré sur une femme enceinte et à terme; outre plusieurs blessures en divers points, elle en reçoit une au côté gauche de la région hypogastrique : perte de sang, lipothymie; bientôt établissement du travail et accouchement spontané; l'enfant portait, sous la clavicule droite, une plaie dans laquelle on trouva un morceau des vêtements de la femme et une chevrotine du volume d'un pois chiche; il a guéri ainsi que la mère; mais chez celle-ci, la plaie, restée fistuleuse (4), a donné,

(1) *Brendelius, Ephem, nat. cur., centur.* 3 et 4, *obs.* 147.

(2) *Ann. lit. méd. étrangère*, t. II, p. 460.

(3) *Ibid.* p. 290, *d'après Wirer.*

(4) On a observé quelquefois cette tendance d'une solution de continuité de l'utérus à rester fistuleuse, mais dans des cas tout particuliers; nous avons

à diverses reprises, passage au sang menstruel outre le pus qu'elle fournissait journellement; elle s'est spontanément cicatrisée au bout de trois ans, et n'avait été entretenue si long-temps, sans doute, que par la canule qu'on croyait nécessaire d'y maintenir sans cesse, et qui fut un jour heureusement oubliée (1). On trouve dans la même dissertation, la relation succincte de plusieurs faits plus remarquables encore par une guérison plus rapide : 1° après un coup de couteau qui avait ouvert largement le crâne du fœtus (*Langius*); à la suite d'un coup de bâton pointu qui avait blessé l'enfant à la poitrine (*Hoffmann*). Mais on y relate aussi un fait que, sans crainte d'être taxé d'incrédulité, nous regardons, non comme fabuleux, mais comme inexactement raconté : il s'agit d'une femme qui eut le ventre ouvert par la corne d'un taureau, de sorte que le fœtus, enfermé dans ses membranes, tomba sur le sol; il fut, dit-on, remis en place et le ventre recousu ensuite : non-seulement la femme guérit, mais encore elle donna naissance, au terme normal, à une fille vivante. On peut accorder plus de confiance à d'autres relations qui ont, avec celle-ci, cela de commun, que le ventre et l'utérus, largement déchirés par le même genre de blessure, ont permis une guérison complète; mais l'enfant en sortit immédiatement ou fut extrait aussitôt par la plaie (2). Des plaies moins larges ont été suivies aussi de guérison, mais seulement après

---

constaté, par suite de rupture du col de la matrice, la formation d'une fistule utéro-vésicale et l'établissement d'un conduit purulent communiquant avec des abcès sous-péritonéaux. (*Prat. des Accouchements de mad. Lachapelle*, t. III, p. 105, 176 et 177.)

(1) Reichard, *Diss. exhib., uterum gravidè unâ cum fœtu vulneratum*, 1735, *Diss. chir. Hallerianæ*.

(2) Deneux, *Loc. cit.*, p. 34, 35, d'après Sue, Schumucker et Lair-Corini : *Voy.* aussi Desault, *Journal de chirurgie*, t. 2.

l'issue des débris d'un fœtus qui avait séjourné hors de la matrice; tel est le cas d'une blanchisseuse blessée à six mois de grossesse par la pointe d'une palissade; du sang et du pus sortirent du vagin; divers abcès se formèrent, et enfin une tumeur qu'on ouvrit laissa sortir les restes du fœtus (1). Mais tout en démontrant ici que le pronostic de cet accident est moins grave qu'on ne serait, en quelque sorte, en droit de s'y attendre, nous devons mentionner encore une circonstance qui peut être considérée comme une suite fâcheuse des grandes plaies de la matrice, même après la cicatrisation. On a vu plus d'une femme, délivrée par l'hystérotomie, redevenir enceinte et même accoucher par la voie naturelle; mais on a vu aussi l'ancienne cicatrice se rompre à la matrice et à l'abdomen, et l'enfant sortir par cette voie avec un peu d'aide (2). La femme dont parle Schmucker périt dans un accouchement à terme, et l'on trouva, autour de la cicatrice de l'utérus, des vaisseaux variqueux rompus, du sang épanché sous le péritoine éraillé et dans sa cavité même.

Les faits que nous venons de rapporter succinctement tracent, mieux que nous ne l'aurions fait dans un chapitre dogmatique et méthodique, et le diagnostic, et le pronostic, et la thérapeutique de ces sortes de cas, trop rares et trop variés pour être soumis à un plan commun et régulier; il n'en sera pas de même de la plupart des maladies comprises dans les divers chapitres de la section suivante.

---

(1) *Hist. de l'Acad. des Sc.*, 1709, p. 22.

(2) *Collin, Bull. Fac. méd. de Paris*, 1816, n° 3, p. 235.

DEUXIÈME SECTION.

LÉSIONS DE SITUATION.



CHAPITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS.

Nous avons vu, dans l'introduction, que l'utérus jouit à la fois d'une certaine mobilité et d'une situation approximativement déterminée, c'est-à-dire variable seulement dans certaines limites. Si les variations dans la direction, l'élévation, l'abaissement de l'utérus sont considérables, si elles sont permanentes, il en résulte des incommodités qui doivent faire regarder comme morbide cet état de choses. Si, d'une autre part, l'utérus perd tout-à-fait, ou presque tout-à-fait, sa mobilité, il deviendra une cause de gêne pour les viscères qui l'avoisinent, et lui-même perdra son aptitude à bien remplir certaines des fonctions auxquelles il est dévolu, la gestation, par exemple, qui nécessite des déplacements assez considérables de la part de cet organe.

La présente section comprendra donc et les déplacements et la fixité anormale de l'utérus. On divise ordinairement les déplacements de la matrice en ceux qui s'opèrent dans le sens de la hauteur, et ceux qui sont relatifs à la direction; les premiers comprenant l'élévation et l'abaissement, les seconds réunissant les divers

genres d'inclinaison dans l'axe du viscère ; mais il faudrait encore y joindre les déviations latérales ou antéro-postérieures sans changement notable dans la direction de l'axe. D'ailleurs il est rare qu'un de ces déplacements ait lieu dans un seul sens, celui de la direction par exemple, sans que l'élévation soit aussi changée et réciproquement, et cela tient sur-tout à ce que des causes identiques produisent les uns et les autres. Telle est la raison qui nous a fait réunir ici, en une seule section, tous ces déplacements sans changement *essentiel* dans la conformation de l'organe qui nous occupe. Parmi leurs causes communes, il en est de si graves, de si importantes par elles-mêmes, qu'elles constituent l'affection principale, que le déplacement de la matrice n'en doit plus être considéré que comme un effet, un symptôme; et ceci s'applique plus particulièrement à quelques-uns des dérangements indiqués plus haut, dérangements dont, par cela même, nous nous contenterons de dire ici quelques mots sans leur consacrer autant de chapitres particuliers qui nous entraîneraient, en pure perte, en des détails tout scolastiques.

La plupart des inclinaisons latérales et des déviations latérales ou antéro-postérieures de l'utérus, sans élévation ni abaissement, dépendent du développement de quelque tumeur, de quelque abcès, occupant une partie de l'excavation pelvienne, soit que la maladie dépende des ovaires, du vagin, de la vessie ou du rectum, soit qu'elle ait pris naissance dans le tissu cellulaire des ligaments larges, etc. Parfois seulement c'est une contracture, le plus souvent inflammatoire, de l'un des grands replis péritonéaux et des faisceaux charnus qu'il renferme (ligament rond) (1) qui amène de pareils dé-

(1) De ces inclinaisons latérales ou latéro-versions, toujours peu considérables, c'est la droite qui est la plus ordinaire, comme l'obliquité latérale

placements, toujours subordonnés, comme on voit, à une cause morbide étrangère et souvent inattaquable: nous doutons en effet que les émollients et les antiphlogistiques puissent amener le redressement de l'utérus quand une contracture de ses ligaments a été la *suite*, plutôt que le *symptôme*, d'un état inflammatoire.

L'ascension de la matrice peut être portée au point de rendre le museau de tanche bien difficilement accessible à l'exploration du doigt; et cette exploration même sera le plus souvent impossible, si le déplacement est dû à une tumeur qui, en soulevant la matrice, fait encore obstacle par elle-même aux recherches exécutées du côté du vagin. Plus souvent, cette ascension est due aux tractions exercées sur le col de la matrice, soit par le fond même de cet organe qui, en s'amplifiant au point d'excéder la capacité de l'excavation pelvienne, est forcé de s'élever au-dessus du détroit abdominal; soit par l'un des annexes internes de ce viscère, un ovaire, une trompe, considérablement développés, distendus, attirant à eux l'utérus jusqu'à le coller et le confondre avec les parois du sac qu'ils représentent (hydropisies, grossesses extra-utérines). Il y a alors, en même temps qu'ascension, presque constamment inclinaison latérale. Cette inclinaison est bien plus considérable encore dans certains cas où la matrice ne s'est élevée ainsi qu'en s'échappant de la cavité abdominale, c'est-à-dire en traversant une portion de l'épaisseur de ses parois par quelque ouverture normale ou anormale, en un mot, en faisant *hernie*. Mais alors c'est un déplacement assez essentiel pour mériter un article à part.

---

droite est la plus commune durant la grossesse. On trouve dans les *Obs. anat. de Ruysch* (p. 82, avec fig.), un exemple de latéro-version droite causée par la présence d'un troisième faisceau charnu comparable au cordon sus-pubien, mais partant du col de la matrice.

CHAPITRE II.

DU PROLAPSUS DE LA MATRICE.

Définition. On aurait peine à croire aujourd'hui que la possibilité de ce déplacement de la matrice ait été long-temps révoquée en doute, si l'on ne savait combien furent rares, pendant bien des siècles, les occasions de vérifier, sur le cadavre, ce que le diagnostic avait fait présumer durant la vie. Des hommes très recommandables ne voulaient attribuer qu'au vagin ce déplacement que nous nommons génériquement prolapsus. Il est certain que, assez souvent, le vagin relâché se replie en lui-même, poussé par le poids et le volume de la matrice qui descend à un degré anormal; mais ce relâchement peut avoir lieu sans prolapsus utérin proprement dit; ce dernier se montre aussi sans le premier, dont nous renverrons en conséquence ailleurs les détails.

La matrice s'abaisse à des degrés différents; pour plus d'ordre, nous les réduirons à trois, comme l'ont fait la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Premier degré : *Abaissement*, prolapsus commençant ; c'est ce que d'autres nomment relâchement ou relaxation, termes équivoques et qu'il faut abandonner. La matrice descend alors vers le bas de l'excavation pelvienne; elle raccourcit le vagin en remplissant sa portion la plus élevée, en l'élargissant pour s'y loger, ou bien en refoulant plus ou moins ses parois du côté de l'orifice externe (prolapsus du vagin). Le viscère conserve alors, ou à peu près, sa direction ordinaire. Deuxième degré; *Descente* proprement dite ou sémi-prolapsus (*Delapsus*, Kulm), dans lequel le museau de tanche vient saillir à

la vulve (*Voy.* pl. IX, fig. 1). La matrice couchée, comme dit M. Gardien, sur la face interne du périnée, ou plutôt de l'espace coccy-périnéal, remplit tout le vagin, dont la moitié supérieure s'est retournée sur elle, comme un doigt de gant dont on enfonce le sommet. Dans cette situation, l'utérus a nécessairement pris la direction de l'axe du détroit inférieur ou périnéal du bassin; c'est-à-dire celui du vagin, direction bien différente de celle qu'il affecte dans sa disposition régulière. Troisième degré: *Chute* ou *précipitation*, prolapsus complet (*Voy.* pl. IX, fig. 2). Ici le viscère a franchi la vulve: il pend entre les cuisses, recouvert par le vagin tout-à-fait retourné et contenant, non-seulement la matrice avec ses annexes, mais encore la vessie, une partie du rectum et quelque autre portion d'intestin (*Voy.* pl. X). C'est ce qu'ont parfaitement démontré les ouvertures de cadavre relatées par Kerkring, Saviard (1) et autres (2).

Causes. Le nom seul de relâchement, souvent donné au premier degré du prolapsus, indique assez à quel genre de lésion on en attribuait la formation; et l'on ne peut nier qu'une grande extension et des ligaments suspenseurs et du vagin, ne soit pour cela nécessaire; mais c'est à tort qu'on a voulu tout rapporter exclusivement à cette dernière partie. Ceux qui n'ont vu là qu'un affaiblissement du vagin, auraient dû être détrompés par cette multitude de cas dans lesquels ce canal, lâche, mou, extensible, ne laisse point pourtant échapper la matrice, par ceux dans lesquels la partie supérieure du vagin, sans se dilater, se laisse pousser à travers l'inférieure par

(1) *Nouveau recueil d'observ. chirurgic.*, p. 54 et 65.

(2) *Boehmer*, *in Disput. chir. Haller*, t. III, p. 557. *Kulm*, *ib.* p. 588, etc. *Ruysch.*, *Observ. anat.* VII. *Jules Cloquet*, *Thèse de concours pour la chaire de pathol. chir.*, pl. VIII, fig. 1, 2 et 3. Paris, 1831, in-4°.

l'utérus abaissé. D'un autre côté, les ligaments larges, replis presque exclusivement membraneux, ne peuvent guère influer sur la hauteur à laquelle se tient l'utérus ; et la facilité avec laquelle ils se déploient durant la grossesse, prouve qu'ils laisseraient facilement glisser la matrice, en se déployant en sens inverse, s'ils étaient seuls chargés de son poids. Quant aux cordons sus-pubiens, il est clair qu'ils s'opposent à un abaissement considérable, et sur-tout à cette inclinaison en arrière, inévitable dans le deuxième degré du prolapsus. Il faut donc les supposer alors, et à plus forte raison dans la chute complète, alongés par un relâchement maladif; mais, dans le simple abaissement, ces cordons ne sont pas tiraillés au-delà de ce que permettent leurs dimensions et leur courbure, dont le redressement peut accroître leur longueur. C'est donc dans l'alongement, le relâchement des cordons utéro-sacrés, que nous trouvons, en définitive, la seule explication raisonnable du premier degré de prolapsus, alongement qui doit devenir bien plus considérable encore dans les deux autres degrés, puisque l'utérus se porte non-seulement en bas, mais encore en avant. Ces cordons doivent alors disparaître en totalité, leurs fibres charnues s'atrophier, s'effacer, et le repli péritonéal qui les couvre, se dédoubler pour s'étendre sur les parties voisines.

Une faiblesse, une gracilité native de ces ligaments, sera donc fréquemment la cause première de ces sortes de déplacements ; une distension forcée, et répétée à de nombreuses reprises, produira le même effet. La première de ces explications convient seule aux prolapsus des jeunes filles : rare chez les vierges, il s'y observe cependant ; Degraaf parle de quatre jeunes personnes dont la virginité n'était point équivoque, et qu'il a guéries de prolapsus par les astringents ou le pessaire. Marguerite Malaure, chez laquelle Saviard réduisit une matrice en

précipitation complète, « ne s'était jamais connue autrement. » Le même chirurgien dit avoir été souvent forcé de soumettre à l'emploi du pessaire des filles et des religieuses, et Mauriceau a vu plusieurs fois la matrice en prolapsus chez des filles, sinon vierges, du moins non mariées ni devenues mères. Mais chez les femmes souvent accouchées, réfléchissez à la distension qu'éprouvent les cordons sus-pubiens dans les progrès de l'ascension utérine, à celle que subissent les utéro-sacrés dans le deuxième temps du travail, alors que le col de la matrice, violemment élargi, est encore poussé fortement en bas, et quelquefois en avant, par la tête du fœtus; ajoutez à cela, d'une part, l'ampliation forcée du vagin et de l'aponévrose pelvienne qu'il traverse, et, d'autre part, le poids, plus considérable, que conserve l'utérus après l'accouchement, et vous aurez un tableau assez complet des causes les plus ordinaires du prolapsus et de ses divers degrés, chez les femmes qui ont eu des enfants. Aussi un prolapsus a-t-il été fréquemment la suite d'une couche pénible ou d'exercices repris trop tôt, c'est-à-dire avant que les ligaments eussent recouvré leur consistance habituelle. Cette pesanteur, jointe à l'élargissement du vagin, à son ramollissement, suffit pour amener les mêmes suites chez les femmes qui abusent du coït, chez celles dont l'utérus est malade, affecté de phlegmasie chronique, de flux leucorrhoïque, de squirrhe, de polypes, etc. La première malade à laquelle M. Récamier enleva l'utérus, avait un prolapsus occasioné par un fongus cancéreux du col. Presque toutes les femmes dont la matrice est engorgée, endurcie, ont, au moins, un premier degré d'abaissement, et dans les premiers mois de la gestation, il y a aussi quelque chose d'approchant.

La résistance des cordons susdits a été quelquefois vaincue d'une manière subite, sans doute dans des cas

où elle était naturellement assez faible : c'est ainsi qu'un effort musculaire, une pression large et violente sur l'abdomen, la commotion produite par un saut, une chute sur les fesses, etc., ont suffi pour donner naissance à un prolapsus, tantôt instantanément complet, tantôt d'abord médiocre, mais plus tard devenu considérable et total même, par une progression plus ou moins rapide. Une vive douleur dans le ventre, dans la région sacrée ou lombaire et vers les aines, signale ordinairement, dans ces cas, la distension violente, peut-être la rupture partielle des cordons.

Leur résistance est vaincue encore, mais d'une manière lente, par des efforts répétés souvent dans le cas de constipation habituelle ; et nous en avons actuellement sous les yeux un exemple (D.). Enfin elle a cédé aussi, tantôt à une impulsion communiquée de haut en bas par une tumeur assez volumineuse pour peser sur la matrice, assez peu pour pouvoir s'enfoncer avec elle dans l'excavation pelvienne, tantôt à un tiraillement opéré sur toutes les parties molles de la vulve et du voisinage par une énorme tumeur développée sous la peau du pénil. Nous donnerons plus loin, avec détails, un exemple du premier cas, et nous pourrions y en joindre un second, dans lequel une tumeur de l'ovaire avait amené une descente, ou semi-prolapsus, à l'âge de quarante ans. Quant au deuxième cas, il s'est présenté chez une femme observée par le docteur Wagner (*Bibliot. méd.*, t. 13, p. 114). Enfin, une brièveté congéniale du vagin nous a paru une fois la seule cause réelle de la descente, sans doute aussi congéniale; nous en donnerons ci-après la description. (B.)

Symptômes. Dans le premier degré, la malade se plaint à peine de quelques tiraillements dans les lombes, et d'une légère pesanteur sur le fondement ; mais elle s'aperçoit que, dans les efforts qu'elle exécute, soit dans la station directe, soit en marchant, la pression

augmente de ce côté. Le doigt, introduit dans le vagin, arrive facilement, promptement, et à une médiocre profondeur, sur la paroi antérieure du col de la matrice; il sent le museau de tanche appuyé sur la paroi postérieure du canal; il faut qu'il le soulève pour sentir l'orifice, et passer derrière lui; il peut sentir encore, derrière le col, un assez grand vide formé par le cul-de-sac du vagin, plus ample que de coutume. Dans la descente ou deuxième degré, aux tiraillements, aux douleurs des régions sacrée et lombaire, s'en joignent d'autres dans la région inguinale, parfois même vers l'ombilic; ceux-ci sont dus sans doute au tiraillement de la vessie et de l'ouraque. La pesanteur sur le fondement se fait sentir toutes les fois que la malade se lève et marche; quelquefois elle urine avec difficulté, et plus souvent que d'ordinaire; mais pardessus tout, elle sent distinctement la présence d'un corps volumineux qui semble menacer de s'échapper de la vulve au moindre effort. Et en effet, la vulve peut quelquefois, dès lors, faire reconnaître au praticien le museau de tanche remplissant l'orifice inférieur du vagin, ou bien entouré d'un bourrelet formé par les parois de ce canal. La vue ou le toucher le reconnaissent également à sa forme arrondie, à sa fente transversale, au cul-de-sac profond qui l'entoure de tous côtés. En même temps, la main, portée sur l'hypogastre de la manière indiquée dans nos préceptes communs, pourra reconnaître le vide que laisse dans l'excavation pelvienne l'abaissement de la matrice, et ce sera le plus sûr moyen de distinguer la descente de l'élongation du col qu'on a quelquefois rencontrée.

La *précipitation* occasione des incommodités plus considérables encore, des tiraillements plus pénibles; alors, la vessie, renversée en arrière, et soustraite à la pression des muscles abdominaux, rend difficilement et incomplétement l'urine. La tumeur s'accroît chaque fois que ce viscère est en plénitude, et le cathétérisme le vide

avec peine; il faut que la sonde se renverse en arrière: aussi n'est-il pas étonnant qu'il se soit formé là quelquefois des calculs. Le rectum est aussi gêné dans ses fonctions; mais la gêne principale est due à la présence de la tumeur quelquefois saillante de six pouces, et même de huit à dix, qui pend entre les cuisses de la femme (*Hoin*, *Saviard*). Cette tumeur, quelquefois globuleuse, ovoïde (1), étranglée à son origine, est le plus souvent conoïde, à base large et remplissant toute la vulve, dont les lèvres s'alongent même pour la suivre. On voit, à son sommet, un orifice reconnaissable pour celui du museau de tanche, quoique quelquefois très rétréci (2), arrondi ou bien semi-lunaire, etc. De cet orifice sortent habituellement des mucosités; à l'époque des règles, du sang s'en écoule. Mais de toute la surface de la tumeur suintent aussi des mucosités souvent purulentes; le plus souvent en effet, elle est enflammée, ulcérée, croûteuse même, comme nous l'avons vu. Ce n'est que dans le cas de prolapsus presque congénial que la membrane muqueuse du vagin retourné a pu s'accoutumer au contact de l'air, des cuisses et des vêtements, se dessécher et prendre l'aspect de la peau; cas qui se présente en ce moment à nous (avril, 1832), et qui a été observé par Saviard, Lafaye. On sait que c'est en cas pareil, et sur des ressemblances bien grossières, que des gens peu ins-

---

(1) *Voy.* Ruysch, *Observ. anat. chir.*, fig. 8, 11, et *Thesaur. octav.* tab. II, fig. 3. Cette tumeur qui pend quelquefois jusque par delà le milieu des cuisses (*Mauriceau*, *obs.* 96), permet, en certains cas, de sentir que la matrice n'a pas plus de volume qu'à l'ordinaire; elle ne forme que le sommet, la partie la plus inférieure de cette proéminence dont la base renferme des intestins. *Voy.* encore Hoin cité par Sabatier. (*Ac. chir.*, t. III, p. 366.)

(2) *Orificium uteri ita angustum, ut vix, ac ne vix quidem, acu in cavitatem uteri penetrare potuerimus.* (Boehmer, Disput. chir., Haller, t. III, p. 558.)

truits, ou amateurs faciles du merveilleux, ont cru à l'existence d'un hermaphrodisme qui n'avait pas même pour lui les apparences trompeuses de certains vices de conformation : Marguerite Malaure, condamnée par les magistrats de Toulouse à porter des habits d'homme, était dans ce cas; et ici sans doute, l'erreur était encore un peu plus excusable que celle du médecin Duval, chez Marie Lemarcis, qui n'était qu'une femme affectée d'un prolapsus au deuxième degré. Ce médecin s'est laissé tromper grossièrement à la ressemblance déjà signalée par les anciens anatomistes du museau de tanche et du gland viril.

Pronostic. Les incommodités signalées plus haut ne sont pas les seuls inconvénients du prolapsus utérin : à un degré même médiocre, il peut empêcher l'imprégnation en fermant au fluide fécondant l'orifice utérin appliqué contre les parois vaginales (1), et si la fécondation s'opère, comme on l'a vu même avec une chute complète, l'introduction s'étant opérée directement dans la matrice (2), il en résulte d'autres inconvénients, ainsi que nous le dirons bientôt. Mais même sans cela, la matrice déplacée se gonfle, s'alonge parfois au point de doubler presque ses dimensions; son col sur-tout s'accroît dans ce sens, et puis des dégénérescences diverses peuvent l'attaquer, l'inflammation aiguë l'envahir, la gangrène même frapper l'organe tout entier. Chez une femme observée par le docteur Elmer, déjà une petite portion de la

---

(1) Madame Boivin a vu un cas de prolapsus complet durant le jour, mais réductible pendant la nuit, et qui n'a pas empêché la femme de devenir deux fois enceinte. Ce prolapsus avait paru après un accouchement pénible dans lequel le périnée avait été largement déchiré. La malade se contentait d'un suspensoir, le pessaire lui avait paru trop incommode.

(2) Chopart, *Mal. des voies urinaires*, 2e édit., t. I, p. 389, d'après Marrigues.

matrice, sortie de la vulve, s'était gangrénée : deux ans plus tard le prolapsus devint complet par l'effet des secousses d'un voyage en charrette ; la matrice se gonfla considérablement et se sphacéla en totalité ; elle tomba au bout de quelques jours, et la santé ne tarda pas à se rétablir complétement (1). Rousset rapporte trois exemples semblables, après l'un desquels l'autopsie permit de reconnaître l'absence totale de l'utérus jadis gangréné (2). On sent combien il serait facile qu'une semblable terminaison eût des suites bien autrement défavorables.

Complications. Le pronostic déjà fâcheux de la maladie en elle-même, comme on vient de le voir, s'aggrave encore quand se développe quelqu'une de ces complications qui pourraient être considérées parfois comme un effet de l'affection principale, ou bien comme sa cause, tels le prolapsus vaginal, l'écoulement leucorrhoïque, l'hydropisie ou la squirrhosité, et le développement énorme des ovaires, l'engorgement chronique, la dégénérescence cancéreuse de la matrice, la présence d'un polype, etc., qui peuvent changer, du tout au tout, les indications ; rendre, par exemple, la réduction impossible ou irrationnelle ou non durable, nécessiter des opérations ou des soins particuliers. Du nombre de ces derniers sont la présence des calculs dans la vessie urinaire (3) et celle d'un enfant dans la matrice.

Quelquefois la grossesse existait déjà quand le prolapsus s'est produit. Une fois, quoique porté à peine au deuxième degré, il a suffi pour déterminer des accidents mortels ; à la vérité, peut-être ne l'eussent-ils

---

(1) *Ann. lit. méd. etr.*, t. VI, p. 676. Rousset, *partus cæsareus*, p. 337, 353 et 354.

(2) Voy. encore *Zuinger, Act. nat. cur.*, t. Ier, *obs.* 36.

(3) Saviard, p. 93 ; Ruysch, *Thes.* VIII, p. 27.

point été si un médecin, privé des connaissances nécessaires à tous ceux qui veulent traiter avec avantage les maladies des femmes, n'avait laissé accumuler dans la vessie jusqu'à vingt livres d'urine. L'urètre était fermé par la matrice descendue dans l'excavation pelvienne au quatrième mois de la gestation (1). Il est arrivé plusieurs fois que des prolapsus incomplets et réductibles, ayant disparu dans les premiers mois de la grossesse, se sont reproduits plus tard, et même seulement lors des efforts déterminés par le travail puerpéral (2). Dans le cas de Ducreux, cité par Sabatier (3), il semblerait même que la précipitation ait eu lieu lors du travail, sans prolapsus antécédent. D'autres fois la matrice est restée, partie dans le bassin, partie dehors, jusqu'à la fin de la grossesse; telles sont 1° l'observation de Wagner, où, comme nous l'avons dit, la matrice avait été entraînée par une tumeur énorme du mont de Vénus, et 2° celle que Chopart a conservée, et dont il a déjà été fait mention plus haut. La gène, en pareil cas, devait être grande, et cependant les unes et les autres de ces gestations ont eu une heureuse terminaison à l'aide des secours de l'art réunis aux efforts naturels, même sans obtenir une réduction devenue impossible. Cette réduction eût été obtenue peut-être chez la femme dont a parlé Reinick, sous la présidence de Kulm (4). Mauriceau (5) l'a opérée au terme de quatre et de cinq mois, et un chirurgien nommé Giroud y est, dit-on, parvenu dix jours seulement avant l'accouchement. Au contraire, une observation de M. Capuron

---

(1) Kulm, *Disput. chir.*; Haller, t. III, p. 587 et suiv.

(2) Mauriceau, *Obs.* VI; Paul Portal., *Obs.* X; Brodmann, *Ephem.*, *decur.* II, an. 3, p. 375.

(3) *Ac. de chir*, t. III, p. 368.

(4) *Disput.* Haller, t. III 4. *L. C.*

(5) *Obs.* 67 et 95.

prouve que la matrice peut cesser d'être réductible après les premiers mois de la grossesse (1). Une autre, publiée par le même praticien, démontre que la gêne et la douleur qui résultent de cette irréductibilité peuvent amener l'avortement à mi-terme.

Traitement palliatif. L'abaissement de la matrice cause, la plupart du temps, si peu d'incommodité, qu'il peut être abandonné à lui-même, en recommandant simplement à la femme d'éviter toute cause propre à l'aggraver. La descente même a souvent été conservée pendant toute la vie sans graves inconvénients; mais elle tend ordinairement à s'accroître, elle arrive facilement au troisième degré; et celui-ci, bien que certaines femmes l'aient gardé pendant de longues années sans danger, les expose trop en général et les fait trop souffrir, pour leur permettre une telle négligence. Par suite de cette négligence même, et dans un âge avancé, la réduction du prolapsus pourrait devenir impossible et forcer le praticien de s'en tenir au conseil d'un bandage suspensif, protecteur contre les chocs et les frottements extérieurs. Toutefois on ne doit pas renoncer aisément à l'espoir de réduire les déplacements les plus considérables. Saviard parvint sans peine à réduire celui de Marguerite Malaure, malgré son ancienneté qui en faisait presque un état naturel; le même chirurgien et, avant lui, Mauriceau, d'autres encore, tels que Hoin et Leblanc, cités par Sabatier, ont d'abord cherché à diminuer le volume de la tumeur par le séjour au lit, l'emploi de la saignée, des émollients, des bains, de la diète, etc.; puis ils ont fait rentrer avec facilité des prolapsus effrayants à voir. La compression exercée par un bandage en doloire a paru au docteur Bobe-Moreau le seul moyen de rendre réductible un prolapsus ancien, et ce moyen, déjà proposé par

(1) *Mal. des femmes*, p. 301.

Léveillé, a été couronné de succès (1). On ne doit pas oublier, dans ces cas difficiles, de vider préliminairement la vessie par le cathétérisme, et le rectum par un clystère.

Il serait néanmoins imprudent d'insister inconsidérément sur des tentatives de réduction, si l'on rencontrait trop d'obstacles ; il en est résulté quelquefois la métrite, la péritonite, et consécutivement la mort du sujet (2).

Quand la réduction est possible, ce n'est pas tout de l'avoir obtenue, il faut la maintenir ; et des moyens que l'art possède à cet effet, les uns appartiennent encore aux *palliatifs*, les autres constituent un traitement *curatif*. Les premiers sont des moyens mécaniques propres à empêcher la matrice de descendre après son replacement ; ils se composent de tampons de diverses natures, de *pessaires* variés dans leur forme et leur substance.

Une éponge fine, cylindroïde ou ovalaire, un peu plus volumineuse que ne le comportent, pour un passage facile, les dimensions habituelles du vagin, suffit pour soutenir une matrice abaissée ou médiocrement descendue. On l'introduit dans le vagin jusque sous le museau de tanche, après l'avoir bien graissée et comprimée entre les branches d'une pince à anneaux : un fil ou cordonnet, qui la traverse, sert à la retirer pour la nettoyer ; on peut la soutenir par un bandage en T, composé, comme on sait, d'une ceinture à laquelle s'attache en travers une large bande, fendue vers son extrémité libre.

Ce serait-là un obstacle insuffisant dans la descente complète et sur-tout dans la précipitation réductible ; aussi a-t-on depuis long-temps imaginé, et les malades elles-mêmes ont-elles fabriqué à leur guise, des pessaires ou tampons de bois, de liége, de cire, de métal, etc., de forme arrondie, ovoïde, annulaire, irrégulière, de gros-

---

(1) *Bull. fac. méd.*, 1815, n° 4.

(2) *Nouvelle Bibl. méd.*, 2e année, t. IV, p. 215.

seur variable et quelquefois surprenante. Plus ou moins altérables, plus ou moins fragiles, ces pessaires, oubliés dans le vagin, y ont maintes fois fait naître des excoriations, des ulcérations profondes, des fistules même; ils ont nécessité des opérations douloureuses et difficiles pour leur extraction complète : accidents dont nous parlerons au sujet des maladies du vagin, mais dont la simple mention suffit ici pour faire voir combien est essentiel un bon choix de ces instruments. Un autre exemple, plus frappant encore, de cette nécessité, est celui dans lequel on a vu la matrice traverser en partie l'ouverture d'un pessaire mal fait, s'y étrangler et former une tumeur volumineuse qui n'a cédé qu'à la section du pessaire de bois au travers duquel elle avait passé (1). Les Anglais ont, dit-on, conservé l'usage des pessaires arrondis ou ovoïdes en bois, percés seulement de quelques trous. En France, on a long-temps préféré à tout autre ceux de liége recouvert d'une couche de cire, représentant un disque à bords mousses, rond ou ovale et percé à son centre d'un trou à circonférence évasée en cuvette; le caoutchouc, bourré de coton cardé, a prévalu aujourd'hui; mais la forme est la même : ce n'est que pour quelques cas particuliers (hernies vaginales) qu'on préfère les *pessaires* dits *en bondon* ou pessaires conoïdes. Ceux-ci représentent effectivement un cône creux et tronqué, dont la base reçoit le museau de tanche, et le sommet est soutenu par des liens attachés à une ceinture. M. J. Cloquet a donné à ces pessaires une forme mieux accommodée à celle du vagin. Les siens sont un peu aplatis et courbés d'avant en arrière; il les nomme *élytroïdes*, et assure en avoir obtenu un succès complet dans un cas où les autres avaient échoué. *Les pessaires en gimblette*, que nous avons décrits plus haut, ne réussissent effectivement pas toujours. Outre qu'ils gênent

(1) *Bibl. méd.*, t. 17, p. 259.

de même que tous les autres, et sont, par conséquent, contre-indiqués quand la matrice est douloureuse, enflammée, ils pressent sur la vessie et le rectum en raison des grandes dimensions qui leur sont quelquefois nécessaires pour qu'ils séjournent dans le haut du vagin. C'est là effectivement qu'ils doivent être placés pour ne pas empêcher le coït et soutenir efficacement la matrice. Pour les rendre moins gênants, on les fait quelquefois de forme ovale, et l'on place transversalement leur grand diamètre. Bruninghausen leur donne, en largeur seulement, des dimensions suffisantes (trois pouces) pour qu'ils appuient, s'il le faut, c'est-à-dire si le vagin est fort lâche, sur les branches ischio-pubiennes du bassin : les pessaires en gimblette devraient avoir, en pareil cas, un diamètre des plus considérables dans tous les sens, tandis que, d'avant en arrière, celui de Bruninghausen est doublement échancré pour laisser libres la vessie et le rectum. Il nous paraît douteux qu'il puisse bien exactement conserver la direction qu'on lui donne, et nous le supposons sujet à basculer et à sortir. Cet inconvénient est moins à craindre avec les pessaires ordinaires qui dilatent uniformément la partie du vagin où on les place, s'y font bientôt une sorte de nid, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire un enfoncement circulaire qui les empêche de se déranger; alors, s'ils sont d'un volume médiocre, la femme s'accoutume bientôt à la faible gêne qu'ils produisent d'abord, et tout au plus augmentent-ils la sécrétion muqueuse du vagin qui se confond avec la leucorrhée fort ordinaire en pareil cas. Pour arriver à ce résultat, il faut que le pessaire soit accommodé à la largeur du vagin; qu'il la dépasse médiocrement (1); qu'on le porte de champ, c'est-à-dire par son bord, après l'avoir bien

(1) On en fait depuis trois pouces jusqu'à un pouce et demi de diamètre.

graissé, le plus avant possible ; qu'on le renverse alors de façon à tourner ses faces et son ouverture dans le sens de l'axe du canal et de l'orifice utérin. Pour ce dernier mouvement, on peut se servir du bout d'un doigt porté dans le trou du pessaire; on peut, mieux encore, tirer à soi un cordonnet attaché au bord qui s'est enfoncé le premier, tandis que les doigts soutiennent le bord opposé : ce cordonnet sert ensuite à extraire le pessaire pour le nettoyer (ce qui se fait au moins deux fois par mois), et pour le remplacer quand il s'altère.

Chez certaines femmes, les pessaires en gomme élastique ainsi construits, sont insuffisants ou trop gênants, à cause de leur grand volume; ils sont insuffisants surtout quand on a réduit une chute complète de matrice; c'est pour ces sortes de cas qu'on doit préférer *les pessaires en bilboquet.* Bauhin en avait construit un formé d'un cercle d'argent supporté par une tige à trois branches; ceux d'ivoire ou de buis sont plus légers, même avec l'épaisseur qui leur est nécessaire. Le cercle qui en fait la partie essentielle est assez petit, mais il représente un bourrelet épais, arrondi, et son centre offre une ouverture un peu plus grande que celle des pessaires en gimblette ; elle se continue avec un godet percé de trois trous et supporté par une tige ordinairement droite. Il nous semble qu'il serait utile de donner à cette tige une courbure ou une inclinaison qui accommodât mieux l'instrument à la direction respective de l'utérus que sa cuvette doit recevoir, et du vagin que la tige traverse. Cette tige donne attache à des liens fixés à des sous-cuisses, maintenus eux-mêmes par une ceinture; d'où il suit que ce pessaire ne peut céder comme les autres au poids de la matrice; mais on lui reproche la gêne qu'il apporte dans la station assise, le danger des chocs que son extrémité extérieure peut recevoir et transmettre à l'utérus; on évitera cet inconvénient, en rendant la tige élastique au moyen d'un

ressort à boudin, comme M. Récamier en a eu l'idée. On comprend, du reste, que l'introduction et l'extraction de ce pesssaire sont plus simples encore que celles du précédent.

Traitement curatif. Le repos et le décubitus long-temps prolongés en tenant le bassin soulevé, l'usage soutenu de pessaires graduellement diminués dans leur diamètre, ont quelquefois suffi pour rendre aux ligaments la briéveté et la force qu'ils avaient perdues. C'est de la même façon qu'a agi plus d'une fois la grossesse, soit passagèrement (Saviard, p. 55), soit d'une manière durable, (Pechlin, cité par Boehmer). Les injections astringentes, les fomentations à l'aide de bourdonnets, etc., composées de décoctions de plantes chargées de tannin (bistorte, roses de Provins, cachou, kina, etc.), ou de solutions salines (acétate de plomb, sulfate de zinc, d'alumine, de fer, tartrate de potasse et de fer), les bains froids, les douches vaginales froides ont pu agir avec avantage dans des cas peu graves, dans de simples abaissements où la laxité du vagin entrait pour beaucoup plus que celle des ligaments. Nous avons vu ces moyens-là produire une inflammation aiguë de ce canal : mais employés avec modération et joints aux clystères de même nature, aux frictions toniques sur les aines, ils pourront aider efficacement à la guérison, procurée sur-tout par le repos et les pessaires. Le sachet d'Osiander, formé de tan et trempé dans le gros vin, n'a d'autre avantage que d'agir avec plus de constance que les injections : il ne peut guère opérer non plus que sur le vagin; mais c'est en outre une sorte de pessaire.

C'est également sur le vagin qu'on a eu l'idée d'agir d'une façon beaucoup plus énergique. On a proposé de l'oblitérer par adhésion de ses parois : il est douteux qu'on en vînt aisément à bout; car les membranes muqueuses ne contractent pas facilement adhérence entre elles par le fait d'une simple inflammation : ceux qui ont tenté

la cure des fistules urinaires le savent, et cette inflammation, même factice, serait-elle sans danger? Le docteur Marshall de Hall vient de guérir, par le rétrécissement artificiel du vagin, un prolapsus approchant du troisième degré : une lanière d'un pouce et demi de largeur avait été enlevée à la membrane muqueuse dans toute la longueur du canal, et la plaie réunie par des points de suture. On ne nous parle pas d'hémorrhagie, et l'on nous assure que la malade n'éprouva, après l'opération, ni douleur, ni fièvre. Reste à savoir si cette guérison sera durable, si le vagin ne sera pas, à la longue, refoulé, froncé, renversé même ou dilaté de nouveau par le poids de l'utérus: deux mois et demi seulement s'étaient écoulés depuis l'opération jusqu'à l'époque où les journaux en ont rendu compte.

Traitement des complications. Le prolapsus du vagin, qui si souvent accompagne celui de l'utérus, ne réclame pas d'autre soin que l'affection principale; et la leucorrhée qui en est aussi cause ou effet, ou bien cessera après la réduction, ou bien sera combattue par des moyens communs aux deux maladies, ou bien enfin par des médications propres et dont nous parlerons ailleurs.

Une complication un peu plus sérieuse est le gonflement inflammatoire avec sensibilité notable de l'utérus descendu au premier ou deuxième degré; cet état de choses peut formellement contre-indiquer l'emploi et des astringents et du pessaire, et nous avons sous les yeux plusieurs consultations de madame Lachapelle, où elle recommande de s'en abstenir pour cette raison, quoique le prolapsus soit assez considérable pour le requérir en lui-même. Les demi-bains, les émollients, les sangsues, etc., dissiperont peut-être peu à peu cette sensibilité et le gonflement qui l'accompagne; et alors le poids de l'utérus étant moindre, cet organe sera facilement soutenu par une petite éponge, ou même ne réclamera

nul secours mécanique. Le repos, le décubitus, peuvent sur-tout amener ces heureux résultats; mais il faut y insister des mois entiers et multipliés : nous pourrions, sur ce point, en appeler à notre propre expérience à tous deux.

Ce gonflement, cet endolorissement, les ulcérations qui couvrent la surface du vagin retourné, voilà des complications qui, dans la précipitation de l'utérus, ont semblé à quelques praticiens, notamment à Ruysch, contre-indiquer formellement la réduction. D'autres, au contraire, considérant que ces lésions ne sont que l'effet du prolapsus même, ont, avec raison, conseillé de ne point s'arrêter aux craintes que cet écrivain manifeste; de traiter, par des topiques convenables et le séjour au lit, ce gonflement, ces excoriations; de préparer ainsi une réduction plus facile; puis, après l'avoir opérée, de continuer les injections émollientes et résolutives (acétate de plomb, etc.) avant d'en venir à l'apposition du pessaire. C'est ainsi que se sont conduits plusieurs des praticiens déjà cités, et le succès a réalisé leurs espérances.

Une dégénérescence squirrheuse peu considérable ne serait peut-être pas un obstacle suffisant pour empêcher la réduction et le placement des pessaires dont on accommoderait seulement la forme à celle de l'organe altéré. Mais s'il existait une dégénérescence cancéreuse, envahissant tout l'utérus, si le col de cet organe, seul affecté, avait déjà subi des altérations profondes, si un polype compliquait le prolapsus, réduire la matrice, ce serait offrir à la malade un soulagement bien léger et se priver des facilités que donne cet état de choses pour la délivrer totalement d'un mal dangereux. Ainsi, le polype serait plus aisément lié avant la réduction, et la réduction deviendrait bien plus facile, plus avantageuse, plus durable après la disparition de l'excroissance : et quant à

la dégénérescence cancéreuse, nous verrons ailleurs qu'on enlève souvent, avec avantage, une partie du col de l'utérus ainsi altéré : combien cette résection ne serait-elle pas plus facile sur un utérus précipité ou descendu, alongé par cela même, et faisant faire au museau de tanche autant de saillie qu'il en est capable? N'est-ce pas là ce qu'on tâche d'obtenir dans les cas ordinaires, qu'on n'obtient qu'avec des violences considérables, et encore même fort incomplétement? Nous verrons aussi que, pour des envahissements plus étendus, on a conseillé et exécuté l'ablation de tout l'organe; opération très difficile, très redoutable dans ses suites médiates et immédiates, que peut-être même on finira par proscrire entièrement pour les cas où l'utérus est resté en son lieu habituel; mais, quand il est précipité ou considérablement abaissé, les circonstances ne sont pas les mêmes, les manœuvres deviennent bien plus faciles et les chances bien plus favorables, soit qu'on retranche l'organe par l'instrument tranchant, soit qu'on y emploie la ligature. Aussi pouvons-nous citer des exemples de succès ainsi obtenus, soit que l'opération fût réellement bien indiquée, soit qu'elle ait été pratiquée trop à la légère et dans des cas où, moyennant quelques soins, la réduction eût pu être opérée avec sécurité complète. Tel est le cas relaté par Rousset, où la ligature d'un utérus précipité (1) entraîna la gangrène, la séparation de l'organe et la guérison totale (2). Bien plus récemment MM. Récamier et

---

(1) Sans doute la ligature fut placée ici au-dessous de la portion de la tumeur qui contenait la vessie, toujours en pareil cas moins descendue que la matrice; peut-être même ce réservoir était-il peu déplacé. Il paraît, en effet, que ses adhérences normales avec le col de l'utérus s'alongent beaucoup quand le mal marche lentement, et que la matrice et le vagin même glissent sous la vessie avant de l'entraîner avec eux.

(2) *Part. cæs.*, p. 334.

Marjolin (1) ont enlevé avec succès, au moyen d'une double ligature, la totalité d'un utérus fort abaissé et qu'il fut facile d'attirer au-dehors ; ici l'organe était affecté, dans la majeure partie de son étendue, d'un fongus cancéreux. Cette ligature n'a pas toujours procuré de tels avantages: Ruysch (*obs.* VII) donne les détails d'un cas dans lequel la ligature ayant compris l'urètre, fut cause d'une rétention d'urine mortelle. L'observation intéressante récemment publiée par le professeur Delpech, prouve effectivement combien, dans la précipitation complète, on risquerait d'intéresser la vessie, soit par une ligature inconsidérément placée, soit par un bistouri tenu d'une main sans expérience. Une femme de soixante-six ans portait, hors de la vulve, une tumeur volumineuse formée par l'utérus, dont tout le col était, aussi bien que les parois du vagin, renversé, couvert de végétations très dures et en forme de chou-fleur, multilobé, ulcéré : des hémorrhagies répétées épuisaient la malade qui se décida à l'opération proposée par cet habile chirurgien. La vessie avait été entraînée par la matrice; il fallait en séparer, au moyen d'une dissection attentive, la paroi antérieure du vagin attaquée par le cancer; il fallait aussi séparer avec soin une partie du rectum également déviée ; on lia beaucoup de vaisseaux artériels, et l'on remplit le vide laissé entre les restes du vagin, avec une éponge, qui servit à les maintenir refoulés en haut. Les accidents consécutifs furent peu graves, et la guérison bientôt complète. L'épiploon, en adhérant à la plaie du vagin, en a rendu l'occlusion plus facile (2).

Nous avons parlé de calculs qui peuvent se former dans la vessie, accompagnant une matrice précipitée; ils en rendent quelquefois la réduction difficile (*Saviard*) ;

(1) *Revue méd.*, 1825, t. IV, p. 393.
(2) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 612.

mais l'expérience a prouvé que l'on pouvait les enlever sans danger, par une incision directe (1). C'est donc là une complication qu'on peut combattre à l'avance. Il en est une dernière qui peut offrir encore quelques considérations pratiques assez importantes, c'est la grossesse.

C'est une précaution dont le plus simple bon sens indique assez l'avantage dans les premiers mois de la gestation, que de faire rentrer et de maintenir réduite par le pessaire, ou seulement par le repos, si le pessaire n'est pas supportable, une matrice habituellement sortie de la vulve. Celle qui n'est qu'au deuxième degré de déplacement, se relève ordinairement d'elle-même au quatrième mois ; cependant elle devrait être surveillée, et son ascension aidée si elle devenait difficile, si de son séjour dans le bassin résultait la rétention d'urine, etc. Lors de l'accouchement, il faudrait diriger convenablement les efforts de la femme, l'empêcher de s'y livrer indiscrètement, lui recommander de rester couchée sur le dos, le bassin relevé, et soutenir, pendant chaque douleur, les bords de l'orifice utérin à l'aide de plusieurs doigts portés dans le vagin. La précipitation s'est-elle reproduite, ou bien avait-elle même persisté durant la grossesse, et paraît-elle, pour le moment, irréductible, il serait imprudent de confier la parturition aux seuls efforts naturels. Dès que le col est effacé, et que l'orifice, aminci vers ses bords, commence à s'ouvrir, on doit suivre l'exemple de Mauriceau, de Portal, de Ducreux, de Wagner, qui, après avoir dilaté peu à peu à l'aide des doigts cette ouverture, ont porté la main dans la matrice pour en extraire l'enfant et ensuite les secondines ; après cela, dès que le viscère s'est contracté sur son centre, on doit de même tenter la réduction. Ce n'est que dans quel-

(1) *Ruysch*, thes. VIII.

ques cas rares d'induration, de dégénérescence aux bords de l'orifice utérin, qu'il convient de l'agrandir par deux ou plusieurs incisions à l'imitation de quelques chirurgiens (Obs. de Chopart, de Capuron, de Brodmann). Le forceps pourrait convenir si la tête du fœtus se présentait la première, et que les eaux de l'amnios fussent écoulées.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Descente de matrice due à la brièveté congéniale du vagin.

Madame la comtesse de B..., âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution sanguine, fut réglée depuis l'âge de quinze ans, à des époques périodiques et avec assez d'abondance. Depuis son mariage, qui date déjà de cinq ans, les règles ont augmenté de beaucoup, et ont pris quelquefois le caractère d'une métrorrhagie. Les rapports entre époux ont été toujours très douloureux pour madame de B.., mais le désir d'obtenir des enfants augmentant chaque jour, en raison de la crainte de n'en point avoir, l'acte conjugal était devenu fréquent au point de déterminer plusieurs inflammations successives auxquelles, chaque fois, on avait opposé un traitement antiphlogistique et l'abstinence plus ou moins prolongée de la cause principale de l'accident. On commença enfin à soupçonner que peut-être une disposition particulière des parties s'opposait à la fécondation.

Je fus appelée en septembre 1829, pour constater le fait.

La jeune dame était à l'approche de ses règles; la grande lèvre du côté droit était rouge, tuméfiée, du volume d'un œuf de pigeon, et très douloureuse au toucher.

Cette tumeur se formait habituellement vers l'approche

des règles, et disparaissait à la fin de cet écoulement sanguin.

Le vagin n'avait guère qu'un pouce de longueur, ou pour mieux dire, cette apparence de canal était formée aux dépens des téguments de la vulve; car le museau de tanche était tout près de la commissure inférieure des grandes lèvres, et pour peu que madame de B. fît un léger effort, l'orifice utérin venait faire saillie au dehors. Lorsqu'on refoulait le museau de tanche, le doigt ne pénétrait guère qu'à un pouce de profondeur, de quelque côté qu'on le dirigeât.

La violence des efforts exercés dans l'acte conjugal, pour vaincre les obstacles qui s'opposaient à l'entier accomplissement de cette fonction, avait déterminé les accidents précédents, en même temps qu'ils étaient contraires au but que se proposaient les époux.

Il eût été difficile de me faire entendre à une jeune femme pieuse et pleine de pudeur; je rendis compte de la disposition des parties à son médecin M. Duméril, qui donna au mari les conseils nécessaires pour rendre sa femme féconde.

Depuis le mois de juin 1830, les règles n'avaient point reparu; une petite saignée du bras avait été pratiquée vers l'époque où l'on attendait cette évacuation naturelle; et le repos complet, l'usage habituel du canapé, furent, par mes soins, continués jusqu'au 6 septembre. La santé se soutenait à merveille, l'appétit, le sommeil, étaient excellents; je n'avais, du reste, que des présomptions sur l'existence de la grossesse, et le départ de cette famille, peu après la révolution de juillet, m'a laissée dans l'incertitude à cet égard.

N° 2.

Prolapsus utérin, accompagné de douleurs, guéri par les émollients.

Madame la princesse de C.., âgée de vingt-deux ans,

blonde, d'une constitution lymphatique, eut trois grossesses à terme en trente-deux mois. La dernière grossesse fut pénible : la station et la marche étaient difficiles et douloureuses ; le travail s'est opéré avec lenteur : c'est dans l'attitude latérale généralement adoptée dans quelques pays voisins du nôtre, que cette dame est accouchée.

Les couches se passèrent assez bien, mais il resta une sensation douloureuse dans les régions inférieures de l'abdomen, et les lochies continuèrent de couler pendant près de six semaines. La dame n'allaita pas.

La pesanteur, la douleur des régions utérines donnent de l'inquiétude, et ce n'est plus l'accoucheur qui est appelé à constater la cause de ce phénomène, c'est moi qui suis consultée.

Je trouve l'utérus encore très développé, ayant environ six pouces de longueur : le col tuméfié, douloureux, portant sur le périnée; un écoulement blanc humectait la vulve et le vagin.

On avait déjà fait des injections de différente nature ; je conseillai le repos absolu et la suspension de toute espèce d'injection pendant plusieurs jours.

Le calme s'était rétabli, quand le médecin voulut revenir aux injections avec la décoction de roses de Provins et de ratanhia, qui supprimèrent les fleurs blanches et rappelèrent les douleurs.

Consultée de nouveau quelques semaines plus tard, je trouvai la malade dans un très bon état général de santé, mais encore fort inquiète des douleurs qu'elle ressentait. L'utérus était réduit à son volume naturel, mais toujours fort abaissé dans le bassin, et la lèvre antérieure d'une extrême sensibilité.

On convint de supprimer les astringents, de les remplacer par des narcotiques émollients en demi-bains et en injections, et de faire une application locale de sangsues.

Le mieux a continué.

La cause du mal était ici assez évidente pour contre-indiquer l'emploi des astringents et des moyens mécaniques : l'engorgement de l'utérus était manifeste, et son poids suffisait pour vaincre la résistance de ses cordons suspenseurs distendus par une troisième grossesse, et par un travail long et fatigant.

Une consultation prise parmi un grand nombre d'autres presque toutes semblables, dans les papiers laissés par madame Lachapelle, nous donnera encore un exemple de la réserve avec laquelle les praticiens doivent prescrire, en pareil cas, des moyens propres à accroître ou renouveler une irritation fâcheuse.

« J'avais conseillé, il y a quelques mois, à madame B.., l'emploi du pessaire, elle s'y est refusée par pusillanimité : mais, en analysant plus complétement son état actuel, je crois devoir abonder dans son sens et renoncer à l'application de cet instrument. En effet, quoique l'utérus soit toujours situé très-bas, et porté en avant, de sorte que le bout du doigt rencontre le museau de tanche tout à l'entrée du vagin, état qui réclamerait l'emploi d'un support mécanique, il y a aussi, comme contre-indication, une dureté notable, une sensibilité assez vive, et telle que l'on ne peut soulever la matrice avec le doigt sans causer une sensation pénible et qui se prolonge quelque temps ; d'ailleurs la membrane muqueuse du vagin offre partout, mais sur-tout en arrière, des rugosités un peu douloureuses et qu'un corps étranger ne manquerait pas d'irriter davantage. Il vaut donc mieux que madame s'en tienne aux émollients, et supporte patiemment *les pesanteurs dont elle se plaint*. Quant aux maux d'estomac qui l'ont aussi tourmentée, ils ne nous paraissent tenir que d'assez loin à l'état de l'utérus, puisqu'ils ont été sensiblement atténués par l'usage des eaux de Plombières, qui n'ont rien

changé à l'affection locale pour laquelle j'ai été deux fois consultée ».

N° 3.

Descente ou semi-prolapsus à la suite d'un accouchement à terme.

Une jeune dame, âgée de dix-huit ans, habitant une ville manufacturière de France, venait d'accoucher de son premier enfant, sans la moindre difficulté; elle le nourrissait avec succès, et se trouvait si bien, qu'il lui tardait de reprendre, comme de coutume, la tenue des livres de son commerce, ce qu'elle fit au douzième jour de sa couche.

Depuis ce temps, elle éprouvait une pesanteur et la sensation de quelque chose qui sortait des parties extérieures; elle s'en plaignit à son accoucheur qui, sans chercher à s'assurer de la nature de l'accident, lui dit tout ce qu'il crut propre à la tranquilliser.

Mais l'incommodité augmenta; la matrice sortait presque entièrement de la vulve, sur-tout lorsque la jeune femme, habituellement constipée, fesait des efforts pour aller à la garde-robe. Dans le jour, elle soutenait cette partie avec un linge qu'elle plaçait comme à l'époque de ses règles; la nuit, une fois rentré, l'organe restait dans le vagin.

Neuf mois se passèrent ainsi, sans qu'elle osât faire à son mari la confidence de son nouvel état; mais son inquiétude l'emportant bientôt sur la crainte de lui inspirer du dégoût, elle lui en fit l'aveu. Il l'amena de suite à Paris pour consulter M. Duméril, qui m'adressa la jeune dame.

La matrice avait franchi en grande partie l'orifice externe du vagin. Son col, de quatorze à quinze lignes de diamètre, était d'un rouge foncé; son orifice largement ouvert, livrait passage à une humeur blanchâtre puriforme, en assez grande abondance. (Voir la pl. IX, fig. 1re).

Je fis rentrer la partie avec facilité, et je la maintins en place avec un pessaire rond, en gomme élastique, de vingt-quatre lignes de diamètre. Je le plaçai verticalement sur l'une de ses faces derrière les pubis; de manière que, la femme étant debout, le museau de tanche se trouvait appuyé sur l'ouverture du pessaire.

J'indiquai à cette jeune dame la manière de l'introduire et de le retirer pour le nettoyer, et lui recommandai de faire (le pessaire présent) des injections dans le vagin, d'abord avec une décoction émolliente, plus tard, avec une décoction légère de thé, et enfin avec une décoction de roses de Provins, en ajoutant un demi-gros de sulfate d'alumine sur chaque pinte de liquide.

Au bout de six mois, la dame revint à Paris; le pessaire la gênait: nous remarquâmes que le vagin avait acquis plus d'énergie, qu'il était plus resserré. Nous eûmes même de la peine à retirer le pessaire que la malade avait en vain essayé d'extraire: au premier instrument nous en substituâmes un d'ivoire en forme de bilboquet, et de dimension beaucoup plus petite.

La jeune dame qui avait séjourné quelque temps à Paris, vint, avant son départ, nous dire qu'elle se trouvait bien du nouveau pessaire, et qu'elle essaierait, dans quelques mois, de s'en passer.

Le rétrécissement et le raffermissement des organes génitaux permettait effectivement d'espérer prochainement une cure radicale.

Il paraît que cette dame est devenue enceinte à quelque temps de là.

N° 4.

Plusieurs exemples de prolapsus complet de l'utérus réduit et maintenu par le pessaire.

Une femme de chambre âgée de vingt-quatre ans, qui

avait eu un enfant l'année précédente, sans avoir depuis ce temps éprouvé aucune indisposition, se sentit tout-à-coup craquer quelque chose dans le ventre, au moment même où elle franchissait, d'un seul pas, quatre marches d'un escalier qu'elle venait de descendre avec vitesse. Après s'être arrêtée un instant pour respirer, cette femme veut continuer sa marche, mais elle sent un corps étranger sortir de la vulve, et reste persuadée qu'elle va faire une fausse couche.

Sa maîtresse, après l'avoir laissé reposer quelques heures, l'engage à venir me consulter. L'utérus étant totalement sorti de la vulve, il me fut très facile de rassurer cette femme sur ses craintes; l'organe était du volume naturel : la malade ne se plaignait que de légers tiraillements dans les aines et dans les régions iliaque et sacrée.

Je replaçai de suite l'utérus et l'assujettis avec un pessaire rond. Je recommandai les injections toniques; la femme partit en fiacre comme elle était venue, et depuis je n'en ai plus entendu parler. (Voy. Pl. IX, fig. 2).

Un prolapsus non moins complet, mais bien plus lent dans ses progrès, m'a été offert par une dame de cinquante ans, d'une petite stature, d'une constitution molle, lâche; elle se plaignait, depuis son dernier accouchement qui datait de quinze ans, de pesanteur sur le siége, ce qu'elle attribuait à la difficulté d'aller à la garde-robe, fonction qui ne s'exécutait qu'à de longs intervalles : mais depuis un an, madame G. s'aperçoit qu'un corps étranger se présente à la vulve, et qu'il sort davantage après des efforts, après la station ou la marche : enfin, inquiète sur son état, elle vient me consulter. Elle était venue à pied, de l'Arsenal à la maison de Santé du faubourg Saint-Denis, et je trouvai la matrice sortie en totalité de la vulve : après en avoir fait la réduction, je plaçai un large pessaire rond, comme dans le cas précédent, et fis les mêmes

recommandations. Mme G... nous écrivit plus tard qu'elle se trouvait très bien, quoique le pessaire la gênât pour aller à la garde-robe : mais alors elle l'ôtait, le nettoyait et le replaçait après avoir évacué, soit naturellement, soit à l'aide d'un lavement.

Le cas suivant nous présente, comme le premier, un exemple probable de précipitation subite de l'utérus : cet organe ne fut pas moins aisément réductible, quoique la maladie fût bien plus ancienne. Cette malade, âgée de cinquante-cinq ans, avait perdu ses règles depuis une dixaine d'années. Quelques chagrins domestiques affectèrent son moral au point de la rendre presque stupide. Depuis environ huit mois, elle était sujette à une incontinence d'urine que ses enfants attribuaient à son état d'hébétude. Elle ne se plaignait d'ailleurs d'aucune sensation douloureuse. Comme on la changeait de chemise en ma présence, j'aperçus aux parties génitales une tumeur volumineuse qu'il me fut facile de reconnaître pour un prolapsus complet de l'utérus et du vagin : sa surface était excoriée et ulcérée en divers points. Nous avions appris de ses enfants, qu'elle avait fait une chute d'un lieu élevé de plusieurs pieds, à l'époque correspondante à peu près à l'établissement de l'écoulement involontaire de l'urine ; que cette chute sur les reins l'avait retenue au lit plusieurs jours ; que depuis on avait bien remarqué de la gêne dans sa marche, mais que comme elle ne se plaignait de rien, on ne s'en était pas occupé sérieusement. Je fis rentrer la matrice avec facilité, rien du côté de l'abdomen ne présentant d'obstacle à sa réduction. On prescrivit ensuite les injections adoucissantes. Nous nous proposions d'appliquer d'abord une éponge trempée dans la décoction d'orge miellée, et, après la cicatrisation des ulcères du vagin, un pessaire de gomme élastique, lorsque les parents emmenèrent cette femme : c'est d'après elle, que nous avons fait la figure qui représente le pro-

lapsus complet de la matrice. (Voy. Pl. X.) Nous avions auparavant rencontré plusieurs autres cas, dont les sujets ne se seraient pas prêtés avec autant de docilité au désir que nous avions de dessiner cette partie. Deux autres femmes plus âgées, dans la même salle, avaient alors une affection de même nature, mais à un moindre degré.

N° 5.

Hydropisie des ovaires suivie de rupture et accompagnée de prolapsus complet de l'utérus, du vagin et de la vessie. — Examen du cadavre.

La nommée Rotcleur, âgée de cinquante ans, marchande de légumes à la halle, était sujette, depuis un an seulement, à une descente de matrice, pour laquelle on lui conseilla l'application d'un pessaire ; elle ne put le supporter plus de quinze jours, à cause des souffrances qu'il faisait naître dans les parties avec lesquelles il était en rapport. Ce prolapsus avait été précédé de douleurs dans les régions iliaques et d'un développement progressif du ventre, qui avait acquis déjà un volume considérable, lorsque la malade entra, à la maison de santé, dans les salles du professeur Duméril.

La tumeur, d'une forme ovalaire, offrait le volume d'une petite tête de fœtus à terme, et présentait, à sa face extérieure, la surface muqueuse du vagin. Elle était rougeâtre et, en plusieurs points, largement ulcérée vers sa base. Vers son sommet, on remarquait des replis circulaires, et tout-à-fait en haut une ouverture qui n'était autre que l'orifice du méat urinaire, par lequel s'échappait l'urine lorsque l'on comprimait la tumeur.

Il était évident que la précipitation de l'utérus était due en grande partie au développement anormal du ventre. La malade, jusques vers les derniers temps, avait soutenu la matrice, au moyen d'une espèce de sus-

pensoir en toile. L'urine qui sortait par regorgement, n'avait pas seule déterminé les ulcérations que l'on remarquait près de l'orifice du col de la matrice, car la malade ayant des évacuations alvines involontaires, la tumeur extérieure se trouvait constamment baignée dans la fange. Après avoir fait des lotions convenables pour la nettoyer, nous tentâmes de replacer les organes dans leur situation naturelle. En comprimant la tumeur comme faisait la malade quand elle en sentait la nécessité, je vidai la vessie, et j'eus alors la plus grande facilité à faire rentrer le tout dans l'excavation du bassin. J'essayai de maintenir cet état de choses avec un tampon de charpie enduit de cérat; mais à peine deux heures s'étaient passées, que la tumeur était sortie de nouveau. On fut donc obligé de se borner à la garantir contre l'action des matières nuisibles au contact desquelles elle avait été longtemps exposée; on la tenait constamment enveloppée dans un linge enduit de cérat, recouvert d'un morceau de taffetas gommé.

Après quelque temps de séjour à la maison de santé, cette femme se plaignit tout-à-coup de violentes douleurs dans le côté gauche; elles augmentèrent au point que la malade mourut en poussant des cris aigus.

Autopsie. — Abdomen. Épanchement d'une grande quantité de fluide sanguinolent dans la cavité du péritoine. Un kyste volumineux, d'un rouge-brun, offrait les traces d'une rupture récente et à laquelle se rapportaient clairement les douleurs qui avaient tourmenté cette femme dans ses derniers moments. Un examen attentif fit voir que ce kyste était formé par l'ovaire gauche. L'ovaire droit, du volume d'une forte tête de fœtus à terme, contenait un liquide noirâtre, consistant et filant entre les doigts. Le tissu de ces kystes n'était point de la même épaisseur par-tout; ils présentaient également des différences dans leur consistance. Les

points qui offraient le plus d'épaisseur étaient mous et s'écrasaient sous les doigts, tandis que les plus minces (de deux à trois lignes) étaient comme fibreux et très solides.

La face postérieure de la vessie était par-tout adhérente avec la paroi antérieure du vagin, et par conséquent entraînée avec elle dans la masse du prolapsus. Un certain nombre de graviers était mêlé à l'urine. L'utérus, sain du reste, placé presque horizontalement au-dessous de la vessie, le fond en arrière et le col en avant, avait contracté des adhérences avec ce réservoir membraneux ; les bords de l'orifice externe étaient effacés et entourés d'ulcérations.

CHAPITRE III.

DE L'ANTÉVERSION.

Ce déplacement, l'un des plus communs parmi ceux dont la matrice est susceptible, est fréquemment négligé, méconnu des écrivains et des praticiens, même depuis les observations de Levret (1), de Desgranges et autres (2), sans doute parce que, le plus souvent lié avec quelqu'autre affection de cet organe, celle-ci attire seule l'attention qui devrait au moins se partager entre la cause et l'effet (3).

(1) *Ancien Journal de Médecine*, t. XL, p. 175 et suiv.

(2) *Ancien Journal de Médecine*, t. LIX, p 35. Voy. encore l'article *Utérus* de Desormeaux, dans le Dictionnaire de Médecine, et la *Thèse* de M. Ameline sur l'Antéversion. Paris, 1827, n° 55. Plusieurs des observations qui appartiennent à madame Boivin ont été publiées dans cette dissertation.

(3) Morgagni, *Epist.* XLVI, art. 16.

Naturellement inclinée en avant, la matrice doit facilement exagérer cette inclinaison de son fonds, lorsque la vessie se vide; mais il n'en résulte alors aucune incommodité, et un changement d'attitude ou la réplétion de la vessie répare promptement cette petite déviation qui n'a rien de morbide. Il n'en est plus ainsi quand le poids de la matrice augmenté, sur-tout vers son fond et sa partie antérieure, par un engorgement plus ou moins considérable, distend perpétuellement les replis utéro-iliaques du péritoine; ils cèdent peu à peu sans grande résistance, et, tant que la femme est debout, la matrice abaisse son fond en avant, pèse sur la vessie, s'y enfonce quelquefois, tandis que le museau de tanche se porte en arrière et parfois même se relève, comprimant plus ou moins, dans l'un et l'autre cas, l'intestin rectum.

Nous avons assigné, comme cause ordinaire à cette déviation de l'axe utérin, l'augmentation de poids dans la matrice : on aurait donc lieu de s'étonner que la grossesse ne produisît pas plus souvent un pareil effet, si l'on ne réfléchissait que l'imprégnation accroît aussi le volume de cet organe, tend d'abord les ligaments larges en les raccourcissant, et porte bientôt au-dessus de l'excavation pelvienne le corps du viscère. S'il s'incline alors plus en avant, ce qui est fort commun, ce n'est plus là une antéversion, c'est une *obliquité*, déviation toute obstétricale, quoique l'antéversion ait pu en être le principe, et qui ne rentre pas plus dans notre sujet actuel que les diverses déviations de l'orifice utérin, effet de l'obliquité susdite dans le travail de la parturition. On ne connaît qu'un exemple bien constaté, quoique donné sans détail, d'antéversion au deuxième mois de la gestation : Chopart l'avait communiqué à Baudelocque. L'un de nous en a eu sous les yeux un exemple : le fond de la matrice s'était incliné en avant plus bas que le col, et la réduction paraissait impossible; mais la nature seule en vint à bout

sans difficultés par les progrès mêmes de l'accroissement de la matrice qui fut ainsi forcée de s'élever dans l'abdomen (B).

Nous avons pu aussi remarquer assez fréquemment, après la parturition, une inclinaison fort prononcée du fond de la matrice en avant, état intermédiaire entre l'*obliquité* et l'antéversion, et qui rend, plus souvent qu'on ne croit peut-être, la délivrance difficile par les procédés ordinaires, sur-tout si le placenta est greffé en avant; mais ceci sortirait également de nos attributions présentes que nous rattachons sur-tout à la considération de l'utérus en vacuité. L'utérus, dans cet état de choses, conserve encore un excès de poids qui, joint au relâchement de toutes ses attaches et du vagin sur-tout, favoriserait certes beaucoup la déviation qui nous occupe, si la femme se livrait à des efforts inconsidérés ou à un exercice prématuré dans la station directe; c'est ce qui est effectivement arrivé quelquefois. Une chute dans la même circonstance a produit aussi un effet analogue (1).

Il paraît même que, sans engorgement aucun (2), cet organe peut quelquefois aussi s'incliner en avant par suite d'efforts répétés, ceux, par exemple, d'une profession pénible (*Desgranges*), ceux du vomissement, comme dans l'antéversion avec grossesse commençante de Chopart, ceux d'une défécation fréquemment difficultueuse, comme nous le prouverons plus loin; la fatigue et les secousses en général, peuvent agir au moins comme cause occasionnelle, et nous mettons au même rang les efforts répétés du coït, sur-tout de certains cas de dis-

(1) Madame Legrand, citée dans la thèse de M. Ameline, p. 45.

(2) Sur douze cas, M. Ameline en a compté neuf par suite d'engorgement et trois sans cette circonstance (*Thèse citée*). Cette proportion ne nous paraît pas pouvoir faire règle; la différence est certainement plus considérable en réalité.

proportion dans la conformation des époux. Enfin, nous avons acquis la certitude que des adhérences morbides, suite d'inflammation à la matrice et au péritoine, peuvent, par leur rétraction, incliner ainsi l'utérus et surtout le maintenir invariablement incliné. Dans un cas communiqué par madame Legrand à M. Ameline, des adhérences du museau de tanche, à la paroi postérieure du vagin, ont été réputées causes d'une antéversion incurable, et qu'a suivie l'atrophie du viscère. Mais on voit souvent de ces adhérences sans antéversion : ne leur a-t-on pas ici attribué un effet plus probablement dû à la rétraction des cordons utéro-sacrés, coïncidant peut-être avec celle des suspubiens ? Ce raccourcissement, tantôt simple, tantôt dû à un engorgement inflammatoire, a été constaté plusieurs fois. Dans le premier cas, à la vérité, peut-être n'était-il que consécutif et dû à l'ancienneté du déplacement qu'il rendait alors presque indélébile (*Levret*, *Morgagni*, *Stoll*, *Saxtorph*). Mais si la rétraction des cordons suspubiens peut causer un certain degré de déviation, elle l'empêcherait d'être portée au point où l'a observée Desgranges, car le fond, plus abaissé alors que le col, tiraillait fortement ces faisceaux charnus, et causait des douleurs vives dans les régions inguinales.

Ces douleurs ne font pas ordinairement partie des signes caractéristiques de l'antéversion ; il est plus ordinaire de les ressentir dans la région lombaire et jusqu'à l'épigastre, à cause du tiraillement des plexus ovariques, dépendances du grand sympathique. Un sentiment de pesanteur se manifeste aussi quand la femme se lève, marche ou même reste assise : cette pesanteur occupe, à la fois, la région du rectum et celle de la vessie ; le museau de tanche presse sur l'intestin ; le fond de la matrice appuie sur le réservoir urinaire, et le force à se débarrasser plus fréquemment de son contenu ; quelquefois même, s'abaissant davantage, il obstrue partiellement le col de

la vessie, et retient les urines dans la partie la plus élevée du fond (*Desgranges*); tandis que le museau de tanche, repoussé en arrière, arrête aussi parfois, dans le rectum, le cours des matières fécales. Ces incommodités, qui cessent en grande partie quand la femme se couche sur le dos, à moins qu'il n'y ait des adhérences qui retiennent l'utérus, ont fait plusieurs fois prendre le change sur la nature du mal; on a cru en plusieurs cas à l'existence d'un calcul urinaire, et ce ne fut qu'après une opération de lithotomie, suivie d'accidents mortels, que Levret put bien constater, pour la première fois, l'existence de l'antéversion; la tumeur que forme en pareil cas, dans la vessie, le fond de la matrice, n'a pourtant point la dureté d'un calcul, et la sonde ne fait percevoir que le choc d'un corps résistant, mais non sec et pierreux. Le toucher vaginal donne au reste alors des notions bien plus complètes et bien propres à dissiper toute incertitude. Lorsqu'on touche la malade debout ou à peine assise sur le bord d'un siége, la région de la matrice qui se présente directement au doigt de l'explorateur, c'est sa face antérieure; parfois ce canal est en partie obstrué par le fond de l'utérus incliné en avant, soit directement, soit en même temps plus d'un côté que de l'autre, ce qui constitue une sorte de *latéro-version*, la seule peut-être qui soit réellement possible. Le museau de tanche est toujours fort en arrière; le plus souvent il faut le chercher dans la concavité du sacrum; ordinairement abaissé comme tout l'utérus, il est quelquefois si élevé, en raison d'une bascule complète de l'axe du viscère, qu'on a de la peine à y arriver avec le bout du doigt enfoncé le plus haut possible. Si, du bout de l'index recourbé en crochet, on ramène en avant l'orifice utérin; si de ce même doigt étendu l'on repousse le fond de la matrice, on trouve beaucoup de facilité à lui rendre sa direction normale, mais elle re-

tombe aussitôt dans sa position vicieuse. Un seul cas ne permet point le redressement momentané dont il vient d'être question, c'est celui d'adhérences causées par une ancienne inflammation : à part cette circonstance, le bassin n'offre point d'obstacles à la réduction; les pubis inclinés en avant et en haut, laissent aisément passer le fond de l'utérus, même tuméfié : nous verrons que le sacrum ne présente pas à beaucoup près une dispositon aussi avantageuse dans les cas de rétroversion. Dans ces recherches, on peut d'ordinaire s'assurer que la matrice a plus de poids, plus de volume et de sensibilité que de coutume. Cet état d'engorgement, d'inflammation chronique, que nous regardons avec Levret, comme cause fréquente de l'antéversion, peut bien quelquefois en être l'effet, et cette opinion a paru plus vraisemblable que la première à des praticiens recommandables, entre autres à Désormeaux; selon lui, la métrite chronique manque souvent au début de la maladie, et ne se produit qu'après une assez longue durée : il n'est pas moins certain, et nous l'avons plusieurs fois exactement constaté, qu'une métrite aiguë, après l'accouchement, après une chute sur le siége, peut passer à l'état chronique, produire et entretenir l'antéversion qui ne guérira qu'avec elle.

Ces considérations sont d'une assez haute importance dans la pratique, car si l'on voit dans la métrite chronique une cause presque constante d'antéversion, on se tiendra très réservé dans l'emploi des moyens mécaniques, des pessaires, dont la présence accroîtrait l'irritation et par conséquent l'affection essentielle : aussi voyons-nous, par les consultations de madame Lachapelle, qu'elle avait rarement recours au pessaire dans les cas d'antéversion; et l'un de nous a combattu avec avantage, et plusieurs fois même avec un succès complet, ceux qu'il a observés, par l'emploi des antiphlogistiques, (sangsues aux aines et à la vulve), des émollients, (bains,

lavements, fomentations, cataplasmes, rarement injections), des narcotiques et du décubitus dorsal, en faisant soulever un peu le bassin au moyen d'un coussinet: quelques semaines, et parfois plusieurs mois, ont été nécessaires à la durée de ce traitement. Toutefois on verra plus loin que nous ne sommes pas ennemis du redressement mécanique: nous le conseillons quand la sensibilité de l'organe est peu vive ou nulle, le gonflement peu considérable: et si nous sommes, moins que Désormeaux, disposés à croire que ce redressement guérira la métrite chronique, parce qu'on détruit l'effet en dissipant la cause, nous pensons du moins que cette métrite pourra réellement disparaître sous l'influence d'une irritation mécanique, comparable dans son action aux injections astringentes, aux bains d'eaux minérales, aux douches vaginales, etc., qui peuvent aussi la guérir quand elle a peu de tendance aux rénovations.

L'usage du pessaire devient aussi un moyen curatif dont l'effet s'explique avec facilité. Levret pense qu'il faut pour cela le porter environ un an ou quinze mois; l'écoulement leucorrhoïque qu'il a d'abord provoqué diminue et cesse ordinairement vers cette époque, et c'est un signe de guérison, selon ce célèbre praticien. Désormeaux, d'accord avec lui sur ce point, pense qu'on peut fréquemment supprimer plus tôt encore l'usage des pessaires. Avant même de produire une guérison radicale, les pessaires ont l'avantage de diminuer les incommodités qu'accusait la femme, de redresser, de soulever un peu la matrice, d'en rendre l'orifice plus accessible au principe fécondateur, et de faire cesser une stérilité d'autant plus fâcheuse que la grossesse pourrait amener une guérison définitive, comme nous le prouverons plus loin, ou du moins une amélioration passagère (1).

(1) Exemple de récidive après l'accouchement. *Ameline*, p. 45; d'après madame Legrand.

Le pessaire dont on se sert communément dans l'antéversion, est le pessaire en bilboquet, à cuvette profonde, pour bien emboîter le col de la matrice. Cet organe sera d'abord redressé tant en repoussant le fond qu'en attirant le col, soit avec le doigt, soit à l'aide de la cuiller fenêtrée dont nous avons parlé dans l'introduction (§ x). On le soutient ainsi (la femme étant couchée sur le dos) en pressant d'une main sur la région hypogastrique déprimée autant que possible; de l'autre on porte le pessaire dans le vagin; on fait entrer, par quelques mouvements d'avant en arrière, le col dans son godet; on s'assure, à l'aide du doigt, de son application; on la modifie, on l'achève en enfonçant et dirigeant convenablement l'instrument qui, prenant la direction de l'axe du vagin, tient l'utérus redressé. Un pessaire en bondon, sur-tout de la forme de ceux que M. J. Cloquet appelle élythroïdes, pourrait, dans des cas peu graves, suffire au traitement. Dans quelques cas plus rares, une petite éponge glissée dans le vagin, derrière un museau de tanche très saillant, a pu suffire à maintenir une matrice peu déviée.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Plusieurs cas d'antéversion simple.

1° Madame D..., quoique mariée depuis plusieurs années, n'avait pu devenir enceinte, et cette contrariété jointe à une constipation opiniâtre, la détermina à me consulter. L'antéversion fut aisément reconnue, et l'on pouvait l'attribuer aux efforts que la constipation nécessitait fréquemment, si toutefois cette constipation n'était pas en partie l'effet du déplacement de la matrice. Il était peut-être plus naturel encore de s'en rendre raison par l'exercice violent que l'on avait conseillé à cette

dame : par mesure d'hygiène, chaque jour elle frottait elle-même les parquets de son appartement. Quoi qu'il en fût, je trouvai tant de facilité à réduire l'utérus, et le vagin était si lâche, qu'il me parut suffisant de porter dans ce canal une éponge qui, poussée entre la vessie et la matrice aussi haut que possible, soutenait convenablement cette dernière. Chaque soir ce corps étranger était extrait, et chaque matin réintroduit par la malade même. Au bout de quelques semaines, la grossesse eut lieu; tout marcha sans accidents jusqu'au terme ordinaire; l'accouchement fut heureux et l'antéversion radicalement guérie par suite de cette opération naturelle.

2° Notre deuxième malade, madame R..., avait eu plusieurs enfants. Une leucorrhée abondante, un relâchement excessif du vagin semblaient être les causes de l'antéversion qui la fatiguait; car la constipation dont elle se plaignait aussi n'était sans doute pas moins que dans le cas précédent, effet plutôt que cause essentielle du mal. Je ne pus ici maintenir la matrice en place qu'à l'aide d'un pessaire en bondon, ayant bien soin que le museau de tanche fût exactement contenu dans la cuvette. Peu après, les règles cessèrent de paraître, la grossesse devint bientôt manifeste, et l'antéversion fut également guérie par l'accouchement. Deux fois depuis cette époque, madame R... est encore accouchée sans aucune suite pénible.

3° Nous emprunterons aux notes de madame Lachapelle un troisième exemple d'antéversion simple, dont malheureusement nous ne connaissons pas bien les suites ultérieures au moment où la consultation fut écrite.

Madame D..., âgée de quarante et un ans, n'avait pas cessé d'être bien réglée depuis neuf ans, époque de sa dernière couche; les menstrues ont diminué depuis quelque temps sans perdre de leur périodicité; un effort assez violent exercé par madame D... a coincidé avec cette

diminution, et depuis, elle se plaint d'un sentiment de pesanteur vers le sacrum. Le toucher m'a appris que cette incommodité tenait à la disposition de l'utérus. Cet organe est en totalité fort abaissé, fort voisin de la vulve ; en outre, son fond est tellement incliné en avant que l'orifice vaginal se trouve à peu près à son niveau. Du reste, point de douleurs ni de sensibilité ; peut-être un peu plus de volume que dans l'état ordinaire. Cette déviation réclame positivement l'application d'un pessaire; les bains et les autres moyens relâchants ne peuvent que nuire, et un moyen mécanique peut seul remédier à cette incommodité.

N° 2.

Observation d'antéversion avec gonflement de la paroi antérieure de l'utérus.

Madame Dej. (7 décembre 1830), âgée de cinquante ans, mère de plusieurs enfants mariés, se plaint, depuis quelques années, de pesanteur, de tiraillements dans les aines, dans la région du sacrum, et dans la fosse iliaque gauche. Cependant cette dame, très blonde, d'un tempérament lymphatique et quoiqu'ayant beaucoup d'embonpoint, a conservé une grande vivacité ; elle voyage souvent en voiture, se promène à pied sans en éprouver un mal remarquable ; mais son attention étant réveillée par l'état déplorable où se trouve une de ses sœurs près de succomber à un horrible cancer de l'utérus, elle est venue nous consulter.

Nous avons trouvé l'utérus renversé en avant ; son orifice porté en arrière, un peu tuméfié, était sain. (Madame Dej. était à la veille de ses règles) ; mais en ramenant le doigt derrière les pubis et au-devant de la paroi antérieure de l'utérus, je remarquai une tumeur du volume de la grosse extrémité d'un œuf; plus de doute sur la cause du déplacement de l'utérus et sur l'afflux plus abondant du sang dans l'organe.

Cette dame, à qui nous fîmes part de cette découverte, nous dit que deux praticiens réputés, à l'examen desquels elle s'était tout récemment soumise, ne lui avaient parlé de rien de semblable. Il n'est pas étonnant que ces tumeurs, lorsqu'elles sont d'un petit volume, échappent à l'attention d'un explorateur préoccupé de l'état du col de l'utérus seulement. J'ai vu faire de ces examens dans lesquels on se bornait à promener le doigt autour du museau de tanche; et c'est sur une exploration aussi superficielle que l'on prononçait *qu'il n'y avait rien*; tandis qu'en portant successivement son attention sur tous les points de l'appareil génital, on eût bientôt découvert la véritable cause des douleurs et autres phénomènes morbides dont se plaignait le sujet.

N° 3.

Observations d'antéversion avec engorgement de tout l'utérus.

1° Une jeune dame accouchée naturellement d'un premier enfant, ressentit durant ses couches, quelques douleurs dans la région de l'utérus; ces signes, d'une métrite légère et prolongée au plus une quinzaine de jours, avaient totalement disparu depuis plusieurs semaines, lorsque, dans un effort pour sauter un escalier, survint un sentiment de pesanteur vers le bas du ventre; bientôt cette pesanteur fut assez douloureuse pour nécessiter un repos complet et l'emploi des antiphlogistiques. Le soulagement fut cette fois moins rapide; cependant il ne restait plus que de la pesanteur quand la malade entreprit un voyage de six lieues, dans l'espérance de compléter sa guérison: il en résulta, au contraire, une aggravation telle qu'on se décida à nous consulter (D). Les douleurs n'étaient pas fortes, mais il y avait beaucoup de tiraillements dans les lombes et le sacrum, plus une pesanteur désagréable du côté du rectum, et bien plus encore de la vessie, quand la jeune dame était de-

bout : aussi était-elle fréquemment forcée de rendre des urines chaque fois peu abondantes. Ces symptômes diminuaient, sans cesser totalement, quand la malade était au lit ou sur une chaise longue ; mais elle conservait toujours alors les épaules et la tête élevée, je m'assurai qu'en soulevant au contraire le bassin par un coussin glissé sous le sacrum, et soutenant la tête au moyen d'un seul traversin, tout sentiment de pesanteur et de tiraillement cessait, ne laissant à la malade qu'une gêne intérieure, une douleur sourde et méritant à peine ce nom. Cela tenait à l'inflammation chronique du viscère que nous trouvâmes universellement gonflé, dur et sensible à la pression, plus bas en totalité que de coutume : il s'inclinait sur-tout aisément quand cette personne relevait le haut du tronc, mais on le redressait facilement, quand elle conservait une situation bien horizontale. Cette situation fut gardée pendant près de six semaines, et l'on employa, en outre, les sangsues au pli des aines, les bains, les lavements émollients, les fomentations, etc., moyennant quoi, le rétablissement fut alors complet, et nul secours mécanique ne devint nécessaire pour maintenir l'organe dans sa direction normale.

2° Madame Des... (mai 1826) avait, depuis quelque temps, une leucorrhée abondante et qui la fatiguait beaucoup, accompagnée de gêne dans le bassin, et quelquefois de difficulté d'uriner ; elle se plaignait encore d'un prurit insupportable à l'entrée du vagin, prurit qui se prolongeait dans le canal de l'urètre. Cette dame avait eu pendant long-temps, sur le périnée, une dartre qui avait disparu à la suite de demi-bains sulfureux et d'un traitement intérieur que lui fit subir M. Léveillé, son médecin. L'antéversion, chez cette dame, était prononcée à tel point, qu'il me fut impossible d'atteindre au museau de tanche avec le doigt. Ce ne fut qu'avec mon le-

vier fenêtré, que je parvins à accrocher cette portion de l'utérus et à la ramener au centre du vagin. Il me fut facile alors d'apprécier le volume du col de l'utérus qui était double de celui qu'il présente ordinairement : abandonné à lui-même, le col reprit de suite la situation où il se trouvait avant l'examen. Le corps de l'utérus était augmenté dans la même proportion que le col; son fond se trouvait presque au niveau du bord de l'arcade des pubis.

Nous proposâmes de relever l'organe déplacé et de le maintenir dans sa rectitude au moyen d'un pessaire circulaire de gomme élastique placé entre sa face antérieure et la vessie; mais en réfléchissant que la présence de ce corps étranger ne pouvait qu'ajouter à l'engorgement déjà considérable de l'utérus, nous n'essayâmes pas de vaincre la répugnance que nous témoignait madame Des.. pour l'application de cet instrument : M. Léveillé prescrivit un nouveau traitement, dont nous avons ignoré la nature et les résultats (1).

3° Mme ***. Tempérament nerveux, bien constituée, réglée dès l'âge de quatorze ans, éprouva, avant son mariage, une leucorrhée légère et habituelle, qu'elle ne combattit par aucun remède : mariée en 1815, et devenue enceinte, elle n'éprouva d'autre accident qu'un écoulement habituel de flueurs blanches, qui devint beaucoup plus considérable pendant les trois derniers mois de sa grossesse. Elle accoucha en 1816, trois semaines plus tôt qu'elle ne s'y attendait. Madame *** allaita son enfant pendant sept mois, au bout desquels la sécrétion du lait se trouva supprimée par suite de fatigues et d'inquiétudes. La leucorrhée fut accompagnée, à la fin de mai

---

(1) Nous apprenons aujourd'hui, 15 avril 1832, que cette dame est morte la semaine dernière à la suite de métrorrhagies abondantes et qui duraient depuis fort long-temps.

1824, de douleurs abdominales assez vives et d'un dérangement dans la menstruation. Un médecin qu'elle consulta, lui déclara qu'elle avait une antéversion et un engorgement considérable de l'utérus. Il prescrivit des injections avec une décoction de bourgeons de mûrier; puis essaya de rétablir la matrice dans sa direction, au moyen d'éponges introduites dans le vagin, et qui étaient retirées tous les deux jours pour être nettoyées. Une colique survenue le sixième jour de ce traitement, le fit suspendre : repris de nouveau quelques jours après, il donna lieu à des douleurs hypogastriques très vives. Application de dix-huit sangsues aux parties génitales, repos au lit, demi-bains tous les jours pendant un mois. Les coliques et les douleurs abdominales cessèrent. Six jours après, les éponges furent employées pour la troisième fois. Au mois de septembre, le médecin de mad. ***, lui déclara que la matrice était à peu près rétablie dans sa position naturelle, et que l'on ne pourrait continuer l'emploi des éponges sans s'exposer à irriter l'organe; elle partit alors pour la campagne où, pendant neuf mois, elle fit des injections avec du vin étendu d'eau. Madame *** vint à Paris au mois de juin 1825 : elle passa ensuite en Angleterre, d'où elle revint à la fin de décembre même année. Les fatigues occasionées par ces voyages, renouvelèrent le déplacement de l'utérus. M. Rayer et madame Boivin, reconnurent que le corps de cet organe était au centre du vagin; le fond répondait derrière les pubis, et l'orifice était dirigé en arrière du côté du rectum, de manière qu'il se trouvait fermé par la paroi postérieure du vagin, sur laquelle il était appuyé. Lorsque la malade était couchée, la situation de l'utérus restait la même : ce viscère paraissait plus volumineux que dans l'état naturel: ce qui pouvait dépendre de ce que l'époque des règles était prochaine. Une pression même assez forte ne déterminait aucune douleur au corps ou

au col de la matrice. Cet organe était mobile, et, lorsqu'il était repoussé en haut et en arrière, son col était ramené en avant. La région hypogastrique était peu douloureuse : la malade se plaignait seulement d'éprouver des douleurs et des tiraillements dans les reins, des envies fréquentes d'uriner, et une leucorrhée abondante qui devenait sanguinolente quatre à cinq jours avant l'apparition des règles : madame *** prit, pendant l'espace de deux mois, trente douches gélatino-sulfureuses ascendantes : au bout d'un mois et demi, la leucorrhée avait entièrement cessé; l'utérus avait repris sa situation naturelle, ce qui fut constaté par madame Boivin.

A la suite d'un nouveau voyage en Angleterre, l'antéversion et la leucorrhée reparurent accompagnées de douleurs hypogastriques et d'une gastro-entérite chronique : M. Rayer, jugeant l'emploi d'un pessaire indispensable, voulut, avant d'entreprendre la réduction de la matrice, que les inflammations chroniques de l'intestin et de l'utérus eussent disparu. Un régime rafraîchissant, un grand nombre de bains tièdes, la diète lactée, l'application, de temps à autre, pendant la nuit, de cataplasmes sur l'abdomen, amenèrent, au bout de deux mois, la disparition presque complète de l'irritation gastro-intestinale, et la cessation d'une douleur habituelle qui avait son siége dans la fosse iliaque droite; mais la leucorrhée fut à peine diminuée. A la fin du mois de septembre, la matrice fut réduite et maintenue au moyen d'un pessaire dont la présence dans le vagin, ne détermina point de douleurs, mais rendit la leucorrhée plus abondante. Au bout d'un mois et demi de l'emploi de ce moyen, la matrice avait repris sa direction naturelle. Madame *** n'est plus sujette, depuis cette époque, à des pertes séro-sanguinolentes, qui précédaient et suivaient la menstruation : mais elle a encore des fleurs blanches. Cette dame fait peu d'exercice et

passe quelquefois plusieurs heures du jour sur son canapé.

M. Rayer, en rédigeant cette observation, a omis une circonstance qui n'était point à dédaigner. C'est que cette dame veuve et qui s'était remariée depuis peu d'années, n'avait point encore eu d'enfants avec son second mari, malgré les fréquents efforts qu'il faisait pour en obtenir : cette fréquence pouvait bien être une des causes principales des accidents qui se sont succédé chez elle.

4° Madame ***, âgée de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, a eu plusieurs grossesses et plusieurs fausses-couches; la menstruation, quoique régulière, a toujours été douloureuse. Madame *** fut atteinte, après un long voyage, d'une péritonite qui fut énergiquement combattue par des saignées générales et locales. Mad. *** était convalescente de cette maladie, lorsqu'elle se rendit à Paris, au mois de novembre 1826. A cette époque elle se plaignait de douleurs vagues dans le ventre, sur-tout dans l'hypogastre, à la région lombaire et dans les cuisses, douleurs qui avaient suggéré les inquiétudes les plus graves sur la nature de la maladie. Le neuf novembre 1826, M. le professeur Boyer, M. Rayer, M. Mayer, chirurgien distingué de Lausanne, et madame Boivin, constatèrent que la matrice était dans un état d'antéversion complète, c'est-à-dire, que le col, dirigé postérieurement, avait son orifice plus élevé que le fond; que ce fond était rencontré par le doigt, à un pouce et demi de la vulve, derrière les pubis; de sorte que la face antérieure de ce viscère, dirigée inférieurement, l'était en même temps obliquement et en arrière. Le corps de la matrice paraissait plus volumineux qu'il ne doit l'être. Cependant, comme la face antérieure pouvait seule être explorée, cet examen ne suffit pas pour en apprécier exactement le volume. L'utérus était douloureux au toucher; le col était souple, non douloureux et dans l'état sain. Madame *** éprouvait dans le bassin, les

reins, les cuisses, des douleurs que le repos ne diminuait point; elles devenaient quelquefois plus fortes dans la nuit, et reproduisaient des insomnies très pénibles. Il n'y avait pas de pertes blanches, mais la menstruation était constamment accompagnée de l'issue des caillots sanguins.

Madame *** n'éprouvant ni difficulté pour uriner, ni pesanteur, ni les autres accidents qui exigent impérieusement l'emploi d'un pessaire, on s'est borné à prescrire le traitement suivant : usage habituel des bains émollients; des quarts de lavements émollients et narcotiques; repos sur le canapé pendant une partie de la journée. On a craint que la présence d'un corps étranger dans le vagin, n'entraînât le développement de quelques inflammations de mauvaise nature.

Je suis étonnée que, dans cette observation rédigée par M. Rayer, et déjà publiée, ainsi que la précédente, dans la dissertation de M. Ameline, il ne soit pas fait mention de la cause présumable de cette antéversion. Les douleurs de la région utérine ne s'étant fait ressentir qu'après la péritonite, tout portait à croire que la situation anormale de l'utérus était le résultat de quelques adhérences péritonéales de l'appareil génital interne avec les parties avoisinantes. Cette opinion, nous l'avons exprimée lors de notre première visite chez madame ***; nous la rappelons ici, parce que nous croyons cette cause plus fréquente qu'on ne semble généralement disposé à l'admettre. Les deux faits suivants confirmeront mieux encore notre façon de penser sur cet important sujet (B).

N° 4.

Antéversion par engorgement inflammatoire des cordons sus-pubiens.

Madame De ***, rue de l'Échiquier, cliente de M. Duméril, avait eu à sa dernière couche une légère métrite,

qui avait laissé de la douleur dans les deux aines, et particulièrement dans l'aine gauche. Cet état s'accompagnait de gonflement dans la grande lèvre du côté où les douleurs se faisaient le plus vivement sentir, et ce qu'il y avait de remarquable, c'est qu'à chaque époque menstruelle, douleur et tuméfaction, tout disparaissait presque entièrement. Les choses se passèrent ainsi pendant plusieurs années; mais la tumeur augmenta de volume, et la douleur devint plus vive et plus étendue; la malade se plaignait d'élancements dans le vagin; les règles étaient précédées et suivies d'une humeur semblable à du pus sanguinolent. Craignant pour un ulcère de l'utérus, madame D. me fit appeler, d'après le conseil de son médecin, pour constater la cause de ses souffrances. Cette dame se trouvait à la veille d'avoir ses règles: la grande lèvre gauche offrait, dans sa partie inférieure, le volume d'un petit œuf de poule. Je suivis du doigt le trajet de la tumeur, jusqu'à l'anneau inguinal qui était le point le plus douloureux. Cette tumeur disparaissant chaque fois que la malade avait ses règles, je présumai que, chaque mois, la turgescence menstruelle occasionait, dans le ligament rond comme dans l'utérus, une excitation qui réveillait momentanément une inflammation ordinairement sourde et chronique, et produisait ainsi un nouvel abcès ou une exhalation de pus, lequel, du foyer situé dans la région inguinale, descendait, par infiltration, jusques dans la grande lèvre, distendait, en s'y accumulant, son tissu cellulaire filamenteux et lâche, et s'échappait ensuite par une petite ouverture fistuleuse. Celle-ci ne tardait pas sans doute à se refermer, car je ne pus en découvrir la moindre trace.

Passant à l'examen de l'utérus, je trouvai l'orifice de cet organe, du volume naturel, mais porté très loin en arrière, tandis que le fond, incliné en avant, était fortement appuyé sur la face antérieure des pubis. Les tenta-

tives que je fis pour redresser cet organe, y occasionèrent des douleurs vives, propagées sur-tout du côté de l'aine gauche. Aussi depuis long-temps le commerce conjugal avait cessé à cause de semblables douleurs, dont il était chaque fois accompagné.

Point de doute, pour moi, que le siége de la maladie ne fût dans le ligament rond du côté gauche. Je fis part du résultat de mon examen à M. Duméril, et des moyens que je croyais propres à faire cesser l'état d'inquiétude et de souffrance de la malade: il s'agissait, selon moi, de donner une issue plus large à la matière purulente qui s'accumulait dans l'épaisseur de la lèvre gauche, de déterminer une irritation dans les parois du foyer correspondant à l'anneau inguinal au moyen d'une application de sangsues, à laquelle on pourrait faire succéder celle d'un vésicatoire.

La malade rencontrant souvent M. Duméril dans la société, répugnait extrêmement à se laisser faire par lui cette petite opération : ne voulant pas non plus se remettre entre les mains d'un étranger, elle me fit prier de m'en charger. Je plongeai, en conséquence, une lancette dans le point le plus déclive de la tumeur, et prolongeai l'incision vers le haut de la grande lèvre, dans l'étendue de quinze à dix-huit lignes. Il en sortit environ une forte cuillerée de pus rougeâtre, épais. Avec une petite seringue, je poussai dans la plaie une injection d'eau animée d'alcoolat de mélisse, qui se trouvait sous la main : il survint une inflammation légère, et huit jours après, la cicatrisation était complète. Alors on appliqua un vésicatoire sur la région de l'anneau inguinal; on l'entoura de huit sangsues, et on l'entretint en suppuration pendant quinze jours. Le succès de ce traitement fut tel que la plus prochaine menstruation ne détermina pas de tuméfaction, mais seulement un léger fourmillement dans la région précédemment douloureuse. Déjà

plusieurs années se sont écoulées, et cette dame, que j'ai eu occasion de voir assez souvent, n'a pas éprouvé le plus léger accident.

N° 5.

Antéversion de l'utérus causée par adhérences anormales.

Madame la comtesse Sh. avait eu déja un enfant à terme, par suite d'un accouchement des plus laborieux : la délivrance sur-tout avait présenté des difficultés dues à l'adhérence d'une portion du placenta, que l'on fut obligé de laisser dans l'utérus, après des tentatives multipliées d'extraction avec la main. On fit des injections de décoction de kinkina, et tous les symptômes d'une métrite aiguë ne manquèrent pas de se développer. Cependant madame Sh. se rétablit après une longue convalescence.

Quinze mois après cet accouchement, elle redevint enceinte : elle eut alors beaucoup à souffrir des douleurs de reins, qui se terminèrent au bout de trois mois par un avortement. Cet accident, accompagné et suivi de pertes de sang considérables, laissa la malade dans une grande faiblesse.

Le cours des règles ne se rétablit qu'imparfaitement ; on conseilla un voyage dans le midi de l'Europe : madame Sh. vint en France. Bien que les époux vécussent ensemble, deux ans et demi s'étaient passés sans qu'il y eût une nouvelle grossesse. Madame Sh. se plaignait de tiraillement douloureux dans les aines, de pesanteur sur le fondement ; elle restait plusieurs jours sans aller à la garde-robe, obligée alors de faire des efforts violents pour vider le rectum.

Lorsque je fus consultée au mois d'avril 1830, je trouvai le fond de l'utérus abaissé dans le vagin, présentant son fond en avant et son orifice porté très haut en arrière et un peu à gauche du coccyx. Cet organe était très

sensible au toucher, ainsi que l'entrée du vagin, qui était resserré, sec et d'un rouge vif, disposition entretenue par la fréquence des rapports conjugaux, les époux ayant le plus grand desir d'obtenir des enfants.

La situation de l'organe était devenue un obstacle, au moins présumable, à la conception : on sentait la nécessité de le restituer et de le maintenir dans sa situation naturelle, mais il convenait, auparavant, de faire cesser l'irritation des parties : c'est pourquoi, M. Kapler et moi, conseillâmes, 1° abstinence complète du coït : 2° application de sangsues autour de l'anus : bains de siége émollients ; injections de même nature au moyen d'une seringue à piston, instrument préférable à tout autre, à cause de son petit volume, et parce qu'on peut prolonger indéfiniment l'injection, qu'on peut ralentir ou augmenter et faire cesser entièrement à son gré le jet du fluide dirigé dans le vagin (1). Ce traitement, continué pendant un mois, amena la cessation des douleurs ; on employa alors, avec la même seringue, des injections composées d'une forte décoction de plantes aromatiques. Le jet de l'injection était dirigé par la malade elle-même, et poussé avec force, comme je le lui avais indiqué, en plaçant l'extrémité de la canule à l'entrée du vagin, dans la direction des pubis. Nous eûmes l'attention de tenir le ventre libre avec des lavements laxatifs pour éviter toute espèce d'effort. Un régime tonique succéda au régime débilitant auquel était soumise depuis longtemps Madame Sh. ; l'eau de Seltz, colorée de vin de Bordeaux, des viandes rôties lui furent conseillées de préférence à toute autre substance alimentaire.

Après deux mois de décubitus sur le dos et de séparation absolue du lit conjugal, il y eut entre les époux

(1) Cet appareil se trouve chez Samson, fabricant d'instruments de chirurgie, passage du Commerce, près de l'école de médecine.

plusieurs rapprochements, qui furent suivis de grossesse.

A deux mois, douleurs derrière les pubis, accompagnées de vomissements; pouls plein, petit, fréquent. Saignée de deux palettes, soulagement marqué.

Dans les premiers jours du mois d'août, ces symptômes se sont renouvelés à la suite d'émotions causées par la révolution des derniers jours de juillet 1830; des bains simples tous les deux jours, un épithème de thériaque avec addition de quatre grains d'opium appliqué sur la région de l'estomac, firent cesser toutes les souffrances, et cette dame a parcouru, sans aucun accident, le reste de sa grossesse.

Pour l'antéversion, *voy*. pl. XI, fig. 4.

CHAPITRE IV.

DE LA RÉTROVERSION.

Il n'en est pas de cet accident comme du précédent: ce n'est plus une exagération d'une inclinaison naturelle, c'est au contraire une déviation considérable en sens inverse; c'est un déplacement qui ne peut s'opérer sans violence, se soutenir sans incommodités sérieuses. Aussi, loin de l'avoir souvent méconnu, les praticiens modernes sont peut-être tombés dans un excès opposé; ils l'ont vu dans plus d'un cas où il n'existait réellement pas, comme nous aurons plus loin l'occasion de le prouver surabondamment.

L'utérus peut se déverser en arrière à des degrés différents, mais toujours assez considérables pour que son fond ait passé sous l'angle sacro-vertébral, et soit retenu dans la concavité du sacrum. Tantôt alors, il est penché de telle sorte que son fond est beaucoup plus bas que son

col ; tantôt ces deux parties sont à peu près de niveau ; tantôt enfin, le col est encore plus bas que le fond, et tout l'organe est alors abaissé dans l'excavation plus que dans l'état sain des parties; aussi l'abaissement de la matrice paraît-il prédisposer à la rétroversion, et c'est ce qui doit d'autant moins nous étonner, que nous avons vu déjà, dans la descente de matrice, ce viscère incliner son fond en arrière. On conçoit donc aisément comment des efforts pour uriner déprimant davantage le fond de l'organe, tandis qu'on relevait avec les doigts son col abaissé jusqu'à la vulve, ont pu déterminer un renversement complet en arrière.

Mobile comme nous l'avons représenté, l'utérus peut sans doute être fréquemment rapproché de la verticale, et poussé même au-delà obliquement en arrière. Mais d'une part, la force des ligaments ou cordons qui le maintiennent empêche cette inclinaison d'être bien forte, car elle ne peut s'opérer que par un mouvement de bascule qui porte autant le col en avant que le fond en arrière, c'est-à-dire en forçant l'élasticité de ces cordons; et d'autre part, l'utérus momentanément dévié, comme il vient d'être dit, n'a pas, dans l'état sain et de vacuité, des dimensions assez grandes pour être arrêté par les parois du bassin; rien donc ne l'empêche de se redresser aussitôt. En conséquence, deux prédispositions sont ici nécessaires, ou du moins l'une d'elles est indispensable à la production de la rétroversion : 1° le relâchement des cordons ou ligaments de la matrice, tel, par exemple, que celui qu'on voit dans un premier degré d'abaissement, 2° l'augmentation du volume de ce viscère.

Avec la première de ces conditions seule, on verra quelquefois la rétroversion dans l'état de vacuité, et nous en donnerons d'assez nombreux exemples. Le professeur Lallemand en a déjà publié un très remarquable dans lequel la maladie avait été long-temps méconnue.

Mais pour l'ordinaire, il y avait au moins alors augmentation de volume et de poids. C'est ainsi qu'on l'a vu succéder à l'accouchement (1). La femme dont parle M. Comte succomba à une péritonite, et l'on trouva que le fond de la matrice était retenu dans la concavité du sacrum par un amas de matières fécales dans l'intestin rectum : l'orifice utérin était situé au-dessus des pubis. La présence d'un polype dans l'utérus a suffi, au témoignage de Desault, pour produire les mêmes effets. Bien plus souvent, c'est à la grossesse qu'était dû cet accroissement de volume. Du troisième au quatrième mois, la matrice acquiert des dimensions assez fortes pour que son grand diamètre remplisse complétement l'excavation pelvienne, et elle n'est pas encore assez volumineuse pour ne pouvoir point y pénétrer horizontalement. Plus tard, il ne lui est plus guère possible de subir une rétroversion véritable. Toutefois, c'est au cinquième mois qu'eut lieu l'accident chez la femme dont parle Smellie (2), et chez celle dont Hunter a donné l'histoire, et fait figurer les détails (3). On cite même un exemple de rétroversion au septième mois (4). L'utérus, assez mou, sans doute, s'était déformé, raccourci, pour s'enfoncer dans le bassin, et cela sans secousse, sans efforts violents ; la réduction ne fut pas moins facile que le déplacement, qui se reproduisit une deuxième fois, sans présenter plus de difficultés que la première à une guérison que l'on rendit durable par le séjour au lit. La malade accoucha spontanément, et à terme. On voit qu'il s'agit à peine ici d'une rétroversion véritable, et l'on doit, à bien plus forte raison, rejeter de cette catégorie les cas

(1) Callisen, *Chir. hod.*, t. II, p. 546. Comte, *Bibl. méd.*, 1826, t. I, p. 394.

(2) *Traité des accouchements*, t. II, p. 150.

(3) *Icones uteri hum. grav.*, tab. XXVI.

(4) Bartlett, *Bibl. méd.*, t. LXXVI, p. 123.

dans lesquels Merriman croit l'avoir observée, même au dernier terme de la grossesse (1). Il suffit de lire ce qu'il en dit d'une manière générale (p. 66), et les observations qu'il en rapporte, pour s'assurer qu'il n'a eu affaire, par lui-même, qu'à une obliquité postérieure de l'utérus, à l'un de ces cas signalés par l'un de nous à l'attention des accoucheurs, sous le titre de positions sus-pubiennes, ou obliquités postérieures du fœtus (2). D'autres faits empruntés à divers observateurs, et donnés par le même écrivain comme exemples de rétroversion très avancée vers le terme normal, ne sont évidemment que des grossesses extra-utérines, puisque l'enfant n'a pu sortir que par une déchirure, une ulcération de la poche dans laquelle il était renfermé. La tumeur formée par cette poche, refoulait le vagin en avant, repoussait en haut l'utérus vide, en rendait l'orifice difficilement ou nullement accessible, comme c'est l'ordinaire dans les grossesses tubaires qui ont précipité l'œuf et son kyste dans l'excavation pelvienne entre le rectum et la matrice.

Puisque des rapports de dimensions qui n'existent point dans l'état ordinaire, deviennent causes prédisposantes de la rétroversion, on ne devra pas s'étonner que nous mettions, avec Callisen, au rang des circonstances qui la favorisent, un certain degré d'étroitesse du bassin, et sur-tout une forte courbure du sacrum en arrière, une saillie fort proéminente de l'angle sacro-vertébral; d'une part, en effet, il en résultera élévation difficile de l'utérus accru par l'imprégnation, peut-être même inclinaison graduelle en arrière, et d'autre part rétention facile, dans une direction horizontale, de cet organe une fois renversé; aussi est-ce sur-tout à cette cause et à ce mécanisme que

---

(1) *A synopsis of various kinds of diffic. parturition*, p. 66 et 244. *Idem*, *a Diss. on the retroversion of the Womb.*

(2) *Prat. des Acc. de madame Lachapelle*, t. III, p. 295 et suiv.

furent, non sans raison, attribués les accidents observés par le professeur d'Outrepont, à Wurtzbourg, chez une femme dont trois grossesses successives furent l'occasion d'autant de rétroversions dans leurs premiers mois. La dernière était une fausse grossesse, et le déplacement s'était, en conséquence, manifesté dès la sixième semaine, parce que l'utérus avait acquis plus rapidement des dimensions plus grandes. (1)

On a vu quelquefois, même sans difformité du bassin, la déviation qui nous occupe s'opérer avec lenteur (*Baudelocque*) et devenir enfin complète au troisième mois de la grossesse; bien plus souvent l'accident est subit; une forte secousse, un effort musculaire, une pression violente sur l'abdomen ont instantanément produit ou dû moins achevé le déplacement. Chez une femme que nous avons observée, un choc violent sur la région lombaire avait causé à la fois une chute sur les genoux, un renversement du tronc en arrière, et une percussion sur l'abdomen par le fardeau dont la tête était auparavant chargée; il y avait donc eu là en même temps secousse, effort et pression (D).

De toutes ces causes, la plus puissante, aux yeux de Denman, de Merriman, de Callisen, de Boër (2), Sibergundi et autres, c'est la rétention de l'urine dans la vessie; mais il faut convenir qu'il est ici bien difficile de distinguer la cause de l'effet; car si la distension de la vessie peut faire basculer l'utérus en relevant son col (3), cette

(1) Voyez, dans la note suivante, l'observation du docteur Parent de Beaune.

(2) *Nat. med. obst.*, p. 586.

(3) Nous avons vu deux fois le col très relevé après l'accouchement, par la vessie en plénitude. Le fond de la matrice était fortement renversé en arrière, mais il y avait flexion du corps sur le col, *rétroflexion*, c'est-à dire une disposition toute autre que celle dont il est ici question (B).

C'est à cette même rétention d'urine que le docteur Parent de Beaune at-

bascule, une fois opérée, contribue fortement à arrêter le cours de l'urine, à la retenir dans la vessie forcément soulevée au-dessus des pubis, et dont le col, ainsi que l'urètre, est comprimé derrière ces os.

Aussi la rétention d'urine totale ou partielle est-elle

---

tribue la rétroversion définitive de l'utérus ; je dis définitive parce que, effectivement, il pense qu'il y a d'abord un simple abaissement de cet organe, abaissement qui comprime l'urètre et cause la distension de la vessie, la rétropulsion de la matrice et son renversement en arrière, si la saillie sacro-vertébrale est considérable et l'excavation large. L'observation sur laquelle s'appuient ces idées, fort en rapport avec celles que nous énonçons dans le texte, est trop remarquable pour que nous n'en donnions pas ici un extrait. La rétroversion survint, pour la première fois, chez la femme qui en fait le sujet, dans une deuxième grossesse, et à la suite d'un effort : la gestation était dans le cours du troisième mois. Après diverses tentatives, M. Parent se voit forcé d'introduire toute la main dans le rectum ; il peut alors relever la matrice en faisant passer son fond à droite de l'angle sacro-vertébral dont la saillie était considérable, et s'apercevant que l'utérus est très mobile, ses ligaments très lâches, il le pousse en avant, jusqu'à le renverser sur les pubis. Mais, ainsi placé, cet organe comprime encore les voies urinaires, la vessie se distend et la rétroversion se reproduit. La réduction s'obtient de même que la première fois ; la sonde est laissée en place ; le repos conservé pendant plusieurs semaines, et bientôt l'utérus a dépassé le détroit supérieur, et la femme n'a plus rien à craindre. Dans une grossesse subséquente, des accidents tout semblables, dus à la même cause, se sont terminés par un avortement : M. Parent ne fut pas appelé. Enceinte pour la quatrième fois, cette femme éprouva, à trois mois et demi, une rétroversion ; et cette déviation se reproduisit trois fois, à peu de jours de distance, parce qu'on n'eut pas le soin de conserver exactement la sonde dans la vessie ; chaque fois la réduction fut opérée avec la main entière comme la première fois, et en s'aidant de quelques doigts portés dans le vagin. Enfin, dans une cinquième et dernière grossesse, l'abaissement de l'utérus avait déjà causé la rétention d'urine, et la rétroversion était imminente, selon M. Parent, lorsqu'il la prévint par l'emploi de la sonde en permanence. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans l'état de vacuité, l'utérus n'est point abaissé ; d'où nous croyons pouvoir conclure que la saillie de l'angle sacro-vertébral est, chez cette femme, comme chez celle du professeur d'Outrepont, la principale source des accidents qu'elle a éprouvés.

un des premiers symptômes qui, dans le cas du moins où l'utérus est distendu, annoncent la rétroversion. Un mouvement extraordinaire dans l'abdomen, l'aplatissement de l'hypogastre naguère saillant, une pesanteur, une pression subite en avant et en arrière du bassin, parfois des efforts involontaires d'expulsion déterminés par les ténesmes, des tiraillements dans les aines et les lombes, une constipation opiniâtre, puis une énorme distension et des douleurs dans tout l'abdomen, des symptômes de péritonite et de métrite, des vomissements, etc.; voilà le tableau des signes rationnels qui succèdent, soit primitivement, soit consécutivement au déplacement du fond de l'utérus en arrière. Le toucher sera néanmoins toujours nécessaire pour compléter le diagnostic. Il fera découvrir une tumeur arrondie, de consistance variée selon l'état de la matrice (grossese ou engorgement), mais semblant occuper toute l'excavation pelvienne, repoussant en bas quelquefois une partie du vagin qui forme des bourrelets dans la vulve, raccourcissant toujours ce canal en arrière, tandis qu'en avant il se prolonge en haut hors de la portée du doigt. Si, en effet, on porte ses recherches de ce côté, c'est-à-dire derrière les pubis, tantôt on arrivera, quoique difficilement, à sentir un peu l'orifice utérin, tantôt on ne le sentira point du tout, et cela selon le degré de renversement, qui peut être tel que le fond soit plus abaissé que le col, ainsi que nous l'avons dit déjà. C'est ce qui avait lieu dans l'observation de Hunter, et que représentent les figures 2 et 3 de sa planche XXVI, figures dans lesquelles on peut voir à quel point la vessie et le rectum sont, en pareil cas, aplatis, obstrués. Nous avons essayé d'en donner une figure aussi exacte que possible dans la planche XI, figure 5 de notre atlas.

Le doigt indicateur, porté dans le rectum, aide encore

à reconnaître l'accident; il fait sentir la tumeur affaissant le rectum et occupant une partie, quelquefois la plus inférieure de la concavité du sacrum.

Mais il est bon d'établir ici la comparaison entre la rétroversion et plusieurs maladies avec lesquelles elle paraît avoir été plus d'une fois confondue.

1° L'ascite distend le bas-ventre, et quelquefois refoule le vagin, en lui faisant faire des bourrelets jusque dans la vulve; aussi, dans plusieurs cas de rétroversion, les médecins consultés avaient-ils prononcé en faveur d'une hydropisie péritonéale (1). La fluctuation sentie alors dans l'abdomen était due à l'énorme quantité d'urine retenue dans la vessie, et qui ne coulait plus qu'en faible proportion et par regorgement. On peut prendre une idée de cet état des choses dans la figure 1 de Hunter, où l'on voit le fond de la vessie élevée jusque dans l'épigastre, et dans celle de notre *Atlas*, pl. XI. Le toucher a toujours suffi pour faire reconnaître, en pareil cas, la cause des accidents, et le cathétérisme a prouvé immédiatement la nature et le siége du liquide dont la fluctuation manifestait la présence.

2° Une tumeur, et sur-tout un kyste séreux ou acéphalocystique, développé entre le vagin et le rectum, remplissant la cavité pelvienne, refoulant en arrière l'intestin, en avant le vagin, en haut la matrice et la vessie, peut simuler une rétroversion (2). Si cette tumeur existe avec la grossesse avancée (3), il est facile de sentir dans l'abdomen, à travers ses parois, le corps de l'utérus occupé par le produit de la conception, et d'éviter ainsi

---

(1) Bellanger, *Revue méd.*, t. I, 1824, p. 229; Lallemand, *ibidem*, t. II, 1824, p. 191.

(2) *Voy.* Denman, *Introd. à la prat. des Acc.*, t. I, p. 149.

(3) *Voy.* madame Lachapelle, *Prat. des Acc.*, t. III, p. 389. Merriman, *On diff. parturition*, p. 61 et pl. I.

l'équivoque. Le diagnostic serait plus difficile avec un utérus en vacuité; mais si l'on arrive à l'orifice utérin, on peut constater, à sa direction, à sa mobilité, l'indépendance mutuelle de l'organe et de la tumeur; celle-ci d'ailleurs n'est pas toujours située exactement sur la ligne médiane, elle est quelquefois latérale; ou bien elle offre des duretés, des inégalités qui la distinguent d'un utérus en rétroversion : c'est ce dont on se fera une idée plus exacte que nous ne pourrions la donner ici sans entrer dans des détails déplacés, en lisant les deux observations rapportées par le professeur Cruveilhier (1), et dont l'une est empruntée au professeur Roux : toutes deux ont trait à des kystes renfermant des acéphalocystes, et dont l'ovaire paraît avoir été primitivement le siége.

Dans un cas observé par l'un de nous, peut-être, si le sujet eût été plus jeune, l'état des choses plus avancé, eût-on pu craindre des incertitudes telles que nous les signalons ici aux praticiens. En ouvrant le corps d'une femme de soixante-quinze ans environ, nous trouvâmes l'excavation pelvienne occupée par l'ovaire gauche transformé en kyste séreux. Descendu entre le vagin et le rectum, ce kyste avait chassé la matrice de sa place; cet organe était remonté dans l'hypogastre avec la vessie aplatie et tiraillée. Il n'y avait point d'urine dans ce réservoir, preuve que la tumeur, quoique volumineuse, n'avait point gêné le cours du liquide (D). C'est, au reste, un symptôme qui pourrait servir encore à caractériser plus spécialement la rétroversion; car, comme l'observe judicieusement le docteur Bellanger, ce n'est pas la compression de l'urètre qui retient ici l'urine, il faudrait pour cela que la tumeur fût énorme; c'est la saillie que

---

(1) Art. *Acéphalocystes* du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. Paris, 1829, t. I, in-8, p. 254 et suiv..

fait dans la vessie le col conoïde de l'utérus, saillie qui refoule le bas-fond, et s'avance, comme un tampon, sur l'orifice du col vésical.

Si la possibilité de l'erreur a été suggérée à l'un des collaborateurs du présent ouvrage, par l'état des choses dont on vient de lire l'exposé, elle a été démontrée à l'autre par un fait que nous croyons devoir rapporter ici avec quelques détails.

Une fille, âgée de vingt-deux ans, fut apportée à la Maison de Santé du faubourg Saint-Denis. Depuis cinq jours, elle était affectée d'une constipation opiniâtre, d'une strangurie complète, et, plus récemment, de vomissements répétés de matière verdâtre. La fosse iliaque gauche était douloureuse et tuméfiée. On commença par la couvrir de sangsues, puis de cataplasmes émollients ; on y joignit des bains de siége. Vainement on voulut administrer des lavements émollients, ils ne purent pénétrer dans l'intestin. Le cathétérisme fut aussi essayé sans succès, tant l'urètre était comprimé. Le toucher nous fit aisément reconnaître le matériel de la cause à laquelle étaient dues ces particularités, sans nous éclairer sur sa nature. Une tumeur énorme remplissait toute la capacité du petit bassin : le vagin en était si fortement repoussé d'arrière en avant, qu'il devenait impossible de glisser le doigt derrière les pubis. La malade ne rejetant point la possibilité d'une grossesse, la première idée qui nous vint fut celle d'une rétroversion ; mais nos tentatives de réduction furent inefficaces. Quelques jours plus tard, mon diagnostic s'étant affermi de l'approbation des professeurs Dubois et Béclard, et les accidents étant les mêmes, je renouvelai mes efforts, après avoir fait administrer un bain tiède et vidé la vessie par l'introduction de la sonde. J'essayai même de faire basculer l'utérus, à l'aide d'un levier porté dans le vagin, sous les pubis, et qui devait déprimer le col utérin, tandis qu'un élève en

médecine repoussait en haut le fond de l'organe avec les doigts insinués dans le rectum. La réduction ne fut pas obtenue, mais il y eut une amélioration telle, que la malade put uriner abondamment sans le secours de l'art, et qu'une douche ascendante put le lendemain pénétrer dans le rectum, et procurer une copieuse déjection. Depuis lors, les évacuations d'urine et de matières fécales furent spontanées; mais le ventre était tendu, douloureux, sur-tout vers la région iliaque gauche; on revint donc encore aux sangsues et aux demi-bains.

Nous avions réitéré nos tentatives de réduction, et les explorations qui en étaient nécessaires compagnes avaient commencé à nous inspirer des doutes sur notre première détermination : de son côté, le professeur Dubois avait, en y réfléchissant, conçu les mêmes incertitudes. Quoique indolente et lisse, comme l'utérus gravide, la tumeur était dure, rénitente, sans apparence de fluctuation ni de ballottement soit du côté du vagin, soit du côté du rectum. N'était-ce point un engorgement de l'ovaire précipité dans le bassin, ou bien une tuméfaction de la cloison recto-vaginale ? C'est en partie sur cette idée que nous employâmes le spéculum pour mettre à découvert la paroi postérieure du vagin et y appliquer douze sangsues. Il en résulta une diminution considérable dans le volume de la tumeur; l'utérus put redescendre dans le vagin et se laisser toucher et apprécier dans ses dimensions normales, quoique repoussé encore en avant et dans une direction verticale. L'erreur d'un premier diagnostic était ainsi complétement démontrée, et c'est là que se bornèrent nos recherches; car la malade quitta l'établissement pour entrer à l'hôpital de la Charité (B).

Nous avons pu quelquefois constater sur le cadavre les effets de tumeurs développées entre le rectum et le vagin; nous les avons vu repousser l'utérus comme le

kyste séreux dont il a été question plus haut, atrophier cet organe aussi bien que ses annexes et ses ligaments tiraillés et privés de toute apparence fibreuse, annulés même tout-à-fait par le déploiement du péritoine qui les revêt d'ordinaire.

Il n'est donc pas étonnant qu'une pareille tumeur contenant de l'eau (et peut-être des grumeaux de matières tuberculeuses, comme nous l'avons vu chez une des femmes en couche citées plus haut), quoique sans doute développée primitivement dans la cloison recto-vaginale, ait été prise pour un utérus renversé, et que les détails du fait et son explication aient reçu l'assentiment de gens d'expérience et de savoir. Nous ne pouvons porter un autre jugement de l'observation insérée, en 1812, dans les Bulletins de la faculté de médecine par le docteur Jourel. Voici, en peu de mots, ce dont il s'agit. Signes de grossesse présumée depuis six semaines, secousses violentes et répétées, suivies de perte de sang, de douleur aux lombes, de pesanteur au périnée, de difficulté dans la marche et la défécation. La perte continue pendant quatre mois; les accidents augmentent; le toucher fait reconnaître une tumeur remplissant l'excavation pelvienne, comprimant le rectum et la vessie. Efforts inutiles pour la réduction de l'utérus, supposé en rétroversion; tentatives infructueuses pour porter une sonde dans l'orifice de la matrice et percer les membranes; enfin ponction à travers la paroi postérieure du vagin. Une livre d'eau sanguinolente s'écoule; ramollissement de la tumeur; amélioration de l'état général, rétablissement du cours des urines et des matières fécales. Beaucoup de sérosité continue à s'écouler par le vagin; plus tard (dix-sept jours après la ponction), la matrice reprend sa place ordinaire; quoique toujours *recourbée*, on lui reconnaît son volume naturel; du pus coule quelque temps par le rectum. Six semaines après, les règles

reparurent et la santé se rétablit, sans qu'aucun débris d'embryon ni de ses enveloppes eût été sensiblement expulsé au dehors. Cette dernière circonstance serait certes miraculeuse, et c'est pour nous la preuve péremptoire, non que le fœtus a pu se dissoudre, comme l'a pensé Désormeaux, mais qu'il n'y avait ici ni grossesse ni rétroversion, mais bien tumeur cystique repoussant et *recourbant* la matrice, tumeur vidée par la ponction et guérie par l'inflammation, la suppuration de ses parois.

3° Les exemples ne nous manqueront pas pour prouver qu'on peut confondre une grossesse extra-utérine avec une rétroversion. Commençons par un exemple dans lequel on a bien reconnu l'erreur; nous l'empruntons au docteur Nauche (1). On sentait dans le vagin une tumeur volumineuse, ovoïde, paraissant contenir un corps étranger (et de l'eau). Le col de l'utérus était porté en avant au-dessus des pubis; on pouvait le saisir avec l'indicateur, le ramener vers le milieu du conduit vulvo-utérin et introduire l'extrémité du doigt dans son orifice extérieur, lequel était mou et entr'ouvert. Cette circonstance devait, à notre avis, éloigner l'idée de rétroversion : c'était bien là le cas d'insinuer, selon le conseil de White, un stylet dans l'utérus pour s'assurer de sa vacuité, exploration ordinairement impraticable dans la rétroversion, moins à cause de la plénitude du viscère que de la situation qu'il affecte. Toutefois, des praticiens distingués (Dubois, Dupuytren, Capuron, Lisfranc, Maygrier, Londe) crurent à la rétroversion. La réduction vainement essayée, les accidents s'aggravèrent, et l'on se décida à faire une ponction à la tumeur : écoulement de liquide roussâtre environ trois onces, tranchées, défaillances, réduction tout aussi impossible

(1) *Maladies des Femmes*, 1re partie, p. 108.

qu'auparavant. L'écoulement continue ; la tumeur diminue un peu ; l'utérus s'abaisse, et son col se rapproche de l'arcade pubienne; du sang s'écoule par le rectum ; plus tard il devient fétide ; on sent, à deux pouces au-dessus de l'anus, une ouverture qui établit communication entre le rectum et un kyste dont s'échappa bientôt, par cette voie, un fœtus putréfié, en lambeaux, et suivi, peu après, des restes de ses annexes. La femme ne tarda pas à succomber, et l'ouverture du cadavre fit connaître que la matrice était vide, mais adhérente seulement aux parois du kyste qui avait renfermé le produit de la conception.

Reproduire ici toutes les observations citées par Merriman, ce serait répéter, presque mot pour mot, les détails de la précédente; et la seule différence, c'est que la guérison des malades, après l'expulsion des lambeaux du fœtus par le rectum, a empêché de constater sur le cadavre la grossesse extra-utérine ; aussi les auteurs mêmes auxquels Merriman emprunte ses observations, en avaient-ils porté un jugement tout différent du sien et tout semblable au nôtre. L'un de ces cas présente ceci de particulier, que c'est par le vagin que le kyste s'ulcéra, s'ouvrit et livra passage au fœtus, bien qu'il y eût aussi, avec le rectum, une communication évidente.

Le pronostic de l'accident qui nous occupe est, comme on l'a pu voir, souvent assez grave, sur-tout s'il est pendant quelque temps méconnu ; car alors la réduction peut devenir bien difficile et même impossible par suite du gonflement inflammatoire qui s'empare des organes déplacés, comprimés, et de l'accumulation des matières fécales et de l'urine au-dessus de l'utérus. Si ce déplacement n'est dû qu'à une laxité des ligaments, si la matrice a conservé son volume ordinaire, il faudrait qu'il existât des adhérences anciennes pour rendre la réduction impossible; mais, facile dans toute autre circonstance, elle a

l'inconvénient d'être bien peu durable; heureusement la rétroversion ne peut causer alors que peu d'accidents. Il n'en est pas ainsi dans la grossesse, sur-tout vers le cinquième mois; l'avortement n'est pas évité, même par la réduction, et peut avoir lieu après le rétablissement de la rectitude de l'organe (*Sibergundi*). Plusieurs des moyens dont nous parlerons ci-après ont pour effet inévitable de déterminer cet avortement; heureux encore si l'on parvient à l'obtenir, et si une péritonite mortelle n'enlève pas auparavant la malade, comme dans l'observation de Hunter et l'une des nôtres. Lors même que l'avortement a eu lieu, le danger n'est pas toujours passé : il n'a pas empêché la mort chez le sujet dont Smellie a donné l'observation.

Il ne faut donc pas s'étonner qu'on ait proposé, pour remédier à cette affection, des moyens violents, aventureux même; mais pour les exposer avec plus de méthode, commençons par les plus doux, par ceux qu'il faut préférer dans tous les cas où des essais rationnels et bien dirigés n'en ont pas encore démontré l'impuissance.

La première, la seule véritable indication, c'est de remettre l'utérus dans sa position normale, opération qui n'est pas toujours difficile. Baudelocque la termina sur-le-champ chez la première femme qui lui offrit un cas de rétroversion; la nature même suffit quelquefois seule à la produire dès qu'on a diminué quelques-uns des obstacles qui s'y opposent; c'est ainsi que le cathétérisme (1) ou l'émission des urines obtenue par le pro-

(1) Le tiraillement du méat urinaire en haut et en arrière, l'aplatissement de l'urètre rendront toujours alors le cathétérisme un peu difficile, mais on l'opérera plus aisément en portant en arrière la concavité de la sonde, et en se servant d'une sonde aplatie comme on l'a conseillé pour certains cas d'obstétrique où la tête du fœtus comprime de même le canal de l'urètre.

cédé de Baudelocque, c'est-à-dire en soulevant du doigt le col utérin, ont suffi seuls (trois fois, *Boër*; une fois, d'Outrepont) ou aidés de l'évacuation du rectum (*Sibergundi*) pour permettre à la matrice de se redresser spontanément. La saignée du bras, les bains ont aidé beaucoup à cet heureux résultat, et ce sont-là des soins qu'on ne doit jamais négliger lors même qu'on se propose de réduire mécaniquement le viscère vicieusement incliné. Dewees accorde à la saignée une confiance entière, et la porte jusqu'à la défaillance au moment d'opérer : d'autres n'y voient qu'un moyen lent de détente. Ce ne fut qu'après dix jours d'expectation et de l'emploi de ces moyens auxiliaires, que Baudelocque, dans une autre circonstance, tenta et obtint la réduction. Pour y procéder il n'est pas toujours nécessaire de mettre la femme sur les genoux et les coudes ; on réussit quelquefois mieux dans la supination ; mais la pronation donne plus de facilités et favorise le retour du fond de l'utérus en avant sous l'influence de sa pesanteur, en même temps qu'elle le dégage de la concavité du sacrum (1). Dans cette attitude, le chirurgien peut facilement introduire les doigts dans le rectum pour repousser le fond de la matrice; on y a même introduit toute la main. Baudelocque, Dewees, Nægelé pensent que, le plus souvent, on peut se contenter de les porter dans le vagin, et l'on a effectivement réussi plusieurs fois de cette manière ; mais on se gênerait soi-même beaucoup alors, si l'on voulait, de l'autre main, abaisser, attirer le col utérin. Deux doigts peuvent être, à cet effet, insinués dans le vagin derrière les pubis ; ou bien on pourrait se servir d'une forte algalie portée dans l'urètre

---

(1) Pour opérer ce dégagement avec plus de facilité, M. Capuron recommande de faire exécuter à l'utérus une demi-rotation, en poussant son fond du côté droit pour le faire passer ensuite devant la symphyse sacro-iliaque.

et jusques dans la vessie (*Bellanger, Lallemand*) pour agir, comme un levier, sur le museau de tanche qu'on déprime en même temps qu'on élève le fond. Ce double mouvement de bascule a eu du succès dans des circonstances où l'élévation seule était infructueuse.

La réduction opérée, si l'utérus est vide, un pessaire introduit et maintenu d'après des règles analogues à celles que l'antéversion nous a donné occasion d'établir, empêchera la rechute. Si la grossesse existe, le repos complet, le décubitus sur le côté, seront prescrits pendant plusieurs semaines; on aura soin aussi de tenir le ventre libre, et de surveiller l'écoulement des urines; il pourrait même être prudent de tenir, durant quelques jours, une sonde à demeure dans l'urètre, comme le conseille le docteur Parent. Le cinquième mois passé, la récidive n'est guère à craindre; pourtant on ne risque rien de recommander encore des précautions et sur-tout celle d'éviter la fatigue et les secousses.

Nous avons dit que quelquefois la réduction ne pouvait s'obtenir par les moyens ordinaires; les jours de la femme sont alors en danger, et il s'agit de ne point la laisser périr sans secours. Ira-t-on, comme le veut Sabatier, faire la ponction de la vessie? Ce serait attribuer peut-être à la plénitude de cet organe, plus d'importance qu'elle n'en a, et il est bien rare qu'on soit dans l'impossibilité de glisser une sonde dans l'urètre (1). Faudra t-il, d'après le conseil de Hunter, plonger un trois-quarts dans la matrice? Nous avons dit, en parlant des plaies de cet organe, qu'une piqûre semblable avait été quelquefois pratiquée sans accident. Le docteur Jourel a cru l'avoir

(1) On rapporte cependant un exemple de rupture mortelle de la vessie à la suite d'une rétroversion: la malade se refusa à la ponction, et le cathétérisme était impossible. (Lynn cité par Sam. Cooper, *Diction. de Chirurgie*, art. *Utérus*.

faite, mais elle paraît avoir été réellement exécutée par Baynham, et du côté du rectum, dans un cas où vainement il avait introduit toute la main dans l'anus (1) pour repousser le fond de la matrice : la rétroversion paraissait exister depuis six semaines, et la grossesse était parvenue au terme de six mois. Cette ponction diminua le volume de la matrice, qu'on put redresser alors sans beaucoup de peine. Le travail se déclara un peu plus tard, et l'accouchement était terminé vingt-cinq heures après l'opération. Le fœtus avait la taille ordinaire au sixième mois; le trois-quarts l'avait blessé à l'abdomen. Il y eut ensuite un écoulement de matière purulente entraînant des escarrhes membraneuses, tant du côté du vagin que du rectum, résultat probable d'un abcès formé dans la cloison recto-vaginale; six semaines après l'accouchement, la femme était guérie. Le professeur Boyer cite un autre cas de succès, relaté dans le Recueil des Thèses de la Faculté de Paris (2). Avant d'en venir à cette opération, nous pensons qu'il faudrait du moins essayer de percer les membranes de l'œuf, comme White, Hamilton, Dewees, Jourel, etc., en ont eu l'idée et l'ont essayé quoique sans succès : on se servira, à cet effet, d'une sonde d'homme, conique, très courbée, propre enfin à aller chercher derrière les pubis l'orifice de l'utérus, et à y introduire sa pointe dans la direction morbide qu'il affecte alors.

Quant à la section de la symphyse pubienne, conseillée par Purcell et Gardien, abstraction faite des dangers et des inconvénients qui lui sont propres, aurait-

(1) Cela, dit-il, ne lui fut pas très difficile. Ne pourrait-on pas, pour faciliter cette introduction, fendre le sphincter de l'anus ou essayer de le dilater par l'extrait de belladona. M. Parent dit aussi être parvenu, sans causer de douleurs notables, à porter de même toute la main dans le rectum, et c'est ce qu'avait déjà fait Dusaussois.

(2) *Mal. Chir.*, t. X, p. 531.

elle les avantages qu'on lui suppose? Remarquez que le principal obstacle à la réduction, c'est la concavité du sacrum, la saillie sacro-vertébrale; la symphyséotomie n'y change rien ; et il faudrait porter l'écartement bien loin, si l'on voulait donner à l'utérus, en avant, l'espace qui lui manque en arrière pour se redresser.

Pourrait-on, dans un cas désespéré, ouvrir l'abdomen par une incision à la région hypogastrique, porter la main dans le bassin pour relever l'utérus? Cette opération serait moins cruelle que l'opération césarienne; mais il est douteux qu'elle réussît dans tous les cas, puisque, sur le cadavre ouvert par Hunter, on ne put déclaver la matrice qu'après avoir largement désymphysé le bassin.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Rétroversion de l'utérus en vacuité par accumulation des matières fécales dans le rectum.

Madame la comtesse de V....., vivant, depuis près de quinze mois, entre l'espoir d'être mère et la crainte de ne pas l'être, avait consulté plusieurs personnes de l'art sans sortir de ses incertitudes, lorsque M. Duméril lui donna le conseil de me faire appeler.

Avant de procéder à l'examen manuel, j'obtins de cette dame les renseignements suivants :

Née dans l'Inde, de parents anglais, elle y fut élevée jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, qu'elle revint en Europe. La menstruation s'était établie de bonne heure, et avait continué son cours d'une manière régulière et avec assez d'abondance. Madame de V..... avait été sujette à une fièvre accompagnée de douleurs violentes à la tête, et suivie d'un abcès qui s'ouvrit sur le vertex. La santé ne se rétablit qu'en France, où cette dame s'est mariée,

Cependant, depuis cette époque, elle a éprouvé, de temps à autre, des douleurs dans l'hypochondre droit, puis dans la région de l'estomac, et de plus des vomissements de matières d'abord verdâtres, ensuite muqueuses ou glaireuses. On avait appliqué plusieurs vésicatoires volants sur le côté droit : des sangsues sur l'épigastre.

La constipation étant devenue depuis long-temps un état habituel chez cette dame, qui d'ailleurs était sujette à des borborygmes; elle fut mise à l'usage du calomélas, dont elle se trouva bien. Voyant alors son ventre et ses seins augmenter de volume, éprouvant la sensation fréquente de mouvements dans diverses régions de l'abdomen, madame de V..... se crut enceinte, et fut entretenue dans cette idée par l'accoucheur dont la famille de son mari avait fait choix pour elle.

Au bout de sept à huit mois de mariage, le ventre s'affaisse tout-à-coup sans cause connue; les vomissements, qui avaient cessé, se renouvellent. Cependant l'accoucheur persiste dans ses idées de grossesse : il attribue l'affaissement de l'abdomen au changement d'attitude du fœtus. Quelques mois s'écoulent encore, et le ventre se développe de nouveau. L'accoucheur examine l'état des parties, et, pour cette fois ci, il a, dit-il, *acquis la certitude* qu'il existe une grossesse de *quatre mois et demi*. D'après ce calcul, à l'époque où je suis appelée près de cette dame, elle serait enceinte de sept mois et demi. Il y a seize mois qu'elle est mariée, et qu'elle n'a pas cessé d'être abondamment menstruée, plus abondamment même qu'avant son mariage, circonstance due sans doute aux fréquents rapprochements des deux époux. Depuis trois mois, époque de l'exploration pratiquée par son accoucheur, elle a fait un fréquent usage de bains tièdes; elle a presque constamment gardé le lit, afin d'éviter une fausse couche : aussi a-t-elle pris

beaucoup plus d'embonpoint que ne semble le comporter son âge (vingt-deux ans). Son tempérament, éminemment lymphatique, a sans doute favorisé cette accumulation de graisse dans le tissu cellulaire, sous l'influence d'un repos complet, d'un régime nouveau et de médications relâchantes. Les détails que je venais de recueillir, ne s'accordaient guère avec l'existence d'une grossesse fœtale; cependant je procédai à l'examen des parties : quoique extrêmement épaisses, les parois abdominales se laissaient assez profondément déprimer pour permettre l'exploration de cette cavité, et pour donner la conviction qu'il n'y existait aucune tumeur, au moins assez volumineuse pour simuler une grossesse de plusieurs mois. L'entrée du vagin se trouvait obstruée par la tuméfaction du rectum, qui repoussait en avant la paroi postérieure du canal vulvo-utérin, disposition occasionée par une énorme accumulation de matières stercorales. Le doigt, ayant franchi cet obstacle, rencontrait, derrière la tumeur, le fond de l'utérus abaissé du côté du coccyx, et, en suivant la direction du corps de cet organe à travers le vagin, j'arrivai jusqu'au museau de tanche, que je trouvai appuyé derrière et au bas de la symphyse des pubis. L'utérus, déversé, était du volume naturel; sa situation permettait d'en circonscrire toute l'étendue avec les doigts. J'affirmai donc qu'il n'y avait pas la moindre apparence de grossesse; qu'il existait une rétroversion de l'utérus, qui, si elle était habituelle, devenait un obstacle à la fécondation; que cet obstacle pouvait être surmonté par quelques moyens mécaniques. J'ajoutai qu'avant de prononcer définitivement sur cette dernière circonstance, il était nécessaire de procéder à un nouvel examen, après avoir vidé le rectum au moyen d'un lavement un peu excitant.

Trompés depuis long-temps dans leurs espérances, les époux ne s'en tinrent pas pourtant à l'opinion que j'avais

énoncée; ils firent appeler, deux jours après, M. Dubois père, qui confirma la non existence de la grossesse, mais trouva l'utérus dans sa situation naturelle. Il n'y avait point, m'a-t-il dit, de rétroversion, mais aussi le rectum était dans l'état de vacuité, et nous ne doutons point que ce ne fût à l'accumulation des matières fécales, à la pression exercée par elles et le rectum distendu sur l'utérus, qu'était dû le déplacement que nous avions bien positivement constaté. Dans la même semaine, un fait à peu près analogue, s'est présenté à la consultation particulière de M. Dubois, selon ce qu'il nous en a dit lui-même.

N° 2.

Rétroversion incomplète à l'état de vacuité, occasionée par un vice de conformation du vagin.

Madame M..., grande, forte, vigoureuse, ne fut menstruée qu'à vingt ans, et par suite d'un mariage conseillé, il y a trois ans, par M. Dubois père, dans l'espoir de faire cesser des accidents qui paraissaient dépendre de l'absence des règles. Depuis l'âge de quinze ans, cette femme se livrait à la masturbation avec une sorte de fureur. Après s'être mariée, elle vit s'accroître l'irritation des parties génitales, et se sentit plus irrésistiblement que jamais entraînée à ses fâcheuses habitudes. Désespérée de cette situation, qui lui attire le mépris et les dégoûts de son mari, elle s'est adressée à moi, pour savoir si cet état de choses ne dépendrait pas d'un vice de conformation, et s'il n'existerait pas quelques moyens d'y remédier.

Il y avait, en effet, de la part du vagin, une disposition toute particulière. Ce canal formait un ample cul-de-sac vide. On n'y rencontrait point l'orifice de l'utérus, de quelque côté qu'on le cherchât. On aurait pu croire, cette femme n'ayant jamais eu d'enfants, que l'utérus

manquait totalement, si la menstruation, quoique peu abondante, n'en avait prouvé l'existence. En portant le doigt verticalement derrière les pubis, j'y trouvai le museau de tanche : il était fixé derrière le canal de l'urètre d'une manière si intime, que toutes tentatives pour l'abaisser furent inutiles.

Ainsi attiré et fixé en avant par son sommet, l'utérus avait forcément changé de direction. Sa base s'était renversée en arrière, mais elle était restée assez élevée dans l'excavation pelvienne. Sans doute, une rétraction ou un défaut de développement de la paroi antérieure du vagin, avait amené ces désordres, car cette paroi n'avait pas plus de huit à dix lignes de hauteur, et le cul-de-sac dans lequel le doigt s'était d'abord plongé, appartenait en totalité à la paroi postérieure. L'irritation que devait éprouver la matrice pendant la copulation, et les difficultés que sa situation apportait à l'évacuation du sang menstruel, me firent craindre une inflammation de l'appareil génital interne ; c'est pourquoi je conseillai à la malade l'application de quinze à vingt sangsues, deux fois par mois, tantôt au périnée, tantôt aux grandes lèvres, les bains de siége à la suite des sangsues, l'abstinence de toute stimulation interne ou externe. Continué pendant six mois, ce traitement eut tout le bon effet que j'en attendais. Depuis, la malade se bornait à l'application de douze sangsues, seulement à l'époque des règles. Le calme s'est rétabli ; les mauvaises habitudes ont cessé peu à peu chez cette femme, même encore long-temps après la séparation *légale* d'avec son mari.

N° 3.

Deux cas de rétroversion à l'état de vacuité portée à un degré considérable, par suite du relâchement excessif des cordons ou ligaments de l'utérus.

1° Madame H...., mariée depuis deux ans, avait éprouvé

pendant trois mois une suppression de règles, sans avoir à se plaindre d'aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement une grossesse récente. Un léger écoulement de sang par la vulve, des douleurs dans les reins et les aines, après une chute à la renverse, ayant fait craindre une fausse couche, on me fit appeler en toute hâte. Le pouls étant plein et très fréquent, j'engageai la malade à garder le lit et à se faire tirer deux palettes de sang; je la mis à la diète, et lui donnai pour boisson l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coing.

Deux jours plus tard, madame H..... perdait toujours un peu de sang, et se plaignait encore de douleurs de reins. Je voulus m'assurer de l'état de l'organe gestateur. Je reconnus bientôt qu'il n'y avait pas la moindre apparence de grossesse: l'utérus était totalement renversé et verticalement, c'est-à-dire que son fond regardait le périnée, et son orifice le détroit abdominal. Cette position s'est conservée ainsi dans les diverses attitudes que j'ai fait prendre à la malade. Je l'ai examinée plusieurs fois depuis, après la déplétion des organes environnants, sans le moindre changement dans la situation de l'utérus. Seulement je remarquai que ce viscère jouissait d'une sorte de mobilité telle, que, à travers le rectum, on lui imprimait, avec le doigt appuyé sur son fond, un mouvement de *va et vient*.

La malade était d'une habitude scrofuleuse, d'un blond roussâtre, à paupières rouges, à lèvres larges, épaisses, sèches et fendillées. La colonne vertébrale s'était déviée à quatorze ans, lors de la première éruption menstruelle; depuis lors, les règles avaient paru à des époques indéterminées, et même s'étaient, à plus d'une reprise, suspendues pendant plusieurs mois. Je tâchai de faire comprendre au mari, très versé dans les sciences naturelles, la disposition des parties chez son épouse, et la difficulté qui pouvait en résulter pour arriver à la fé-

condation, qui peut-être n'était pas absolument impossible, si l'on parvenait à rendre à l'utérus une situation plus favorable. J'avais pensé à faire préparer une vessie de mouton, dont le col, portant une boîte à vis et à soupape, eût facilement conservé l'air injecté dans son intérieur, après l'avoir insinué dans le rectum. C'était un pessaire imité de celui d'Aitken (*air pessary*), et dont il recommandait l'usage dans les cas de prolapsus de l'utérus (1). Le docteur Amussat en a fait exécuter un tout semblable en caoutchouc, pour l'introduire dans le vagin. L'anus l'eût difficilement admis. Au reste, la malade a, jusqu'à présent, différé de se soumettre à l'essai du moyen que je proposais pour redresser l'utérus. J'avais aussi pensé qu'on pourrait maintenir la matrice réduite, en portant dans le rectum l'extrémité, en forme de spatule, d'un arc mince et flexible en baleine, dont la courbure aurait embrassé le coccyx et le bas du sacrum, sur lequel on en aurait fixé l'autre bout.

2° Nous avons remarqué une disposition toute pareille chez une demoiselle qui nous fut recommandée par le professeur Duméril, et qui ressentait absolument les mêmes incommodités : dysménorrhée, tiraillements dans les aines, dans les reins, sur-tout durant la station directe, fréquentes envies d'uriner, d'aller à la garderobe, constipation, etc. Un chirurgien des plus distingués avait méconnu cet état au point de conseiller les bains, les injections, l'application des sangsues, et le repos constant dans la supination. Il y avait trois mois déjà que la demoiselle gardait le lit ou le canapé sans oser se tenir sur l'un ou l'autre côté, lorsque nous la vîmes pour la première fois. Il est fort probable qu'il n'y avait rien de changé dans la situation de l'organe; car l'orifice de l'uté-

(1) Systeme of obstetrical tables; plate M.

rus regardait le détroit abdominal, et le fond appuyait sur le périnée.

L'orifice externe du vagin étant intact, la demoiselle étant sur le point de se marier, M. Duméril et moi nous lui avons conseillé de remettre après son mariage l'essai des moyens que nous avons mentionnés à la suite de l'observation précédente : mais nous n'en avons plus entendu parler.

N° 4.

Rétroversion de l'utérus par suite du relâchement de ses ligaments suspenseurs.

Madame B. de Saint-Germain-en-Laye, avait eu, lorsqu'elle résidait à Paris, il y a environ dix ans, un prolapsus de l'utérus à la suite d'un accouchement dont le travail avait été long et pénible. Je lui avais prescrit alors l'application d'une éponge dont elle éprouva du soulagement. Une nouvelle grossesse donnait l'espoir du rétablissement de l'organe à sa situation naturelle. Mais, vers la fin du troisième mois, une perte de sang qui continua jusqu'après l'accouchement, due à la situation du placenta greffé en plein sur l'orifice de la matrice, amena chez madame B. une faiblesse dont elle se ressentit fort long-temps. Quoiqu'elle gardât le lit pendant plusieurs semaines encore, le prolapsus se reproduisit, et réclama de nouveau l'application de l'éponge. Enfin une dernière grossesse, qui eut lieu il y a quatre ans, n'amena point de changement remarquable. Cependant, environ trois mois avant de nous consulter, madame B. fut tourmentée d'une douleur accompagnée de pesanteur vers le coccyx, et de tiraillements dans l'aine à la suite d'une fatigue occasionée par l'exercice du jardinage pendant plusieurs heures de suite. Le médecin de cette dame reconnut une tuméfaction du col de l'utérus, et un déplacement de l'organe.

La matrice était inclinée un peu en arrière, disait la note que j'ai vue. Je ne sais si c'est du col, ou du fond de l'organe que voulait parler le médecin : il avait fait continuer l'application de l'éponge et prescrit des injections dans le vagin, des demi-bains d'eau froide, et le repos dans une position horizontale. Cependant la sensation de pesanteur douloureuse du côté du coccyx n'était point diminuée. Madame B. prit le parti de venir à Paris pour me consulter (22 janvier 1831). La malade étant debout, je trouvai le col à environ un pouce de distance de l'entrée du vagin; son orifice entr'ouvert, le col un peu gros; mais, en général, il reste, et doit rester plus volumineux lorsque le placenta a été greffé sur son orifice; les vaisseaux conservant plus d'ampleur qu'en toute autre circonstance. Mais en portant le doigt un peu en arrière du museau de tanche, je distinguai une petite tumeur, du volume d'un œuf, qui était le siége d'une douleur assez vive. Je pensai qu'elle pouvait être constituée par le corps de l'utérus lui-même. Pour m'en assurer, je portai mon examen du côté du rectum. Madame B. était couchée alors sur un canapé : je déprimai profondément les muscles abdominaux, ce qui était facile, vu la maigreur du sujet. Ne découvrant point le fond de l'organe de ce côté, j'en conclus que c'était lui qui se trouvait appuyé sur le coccyx. J'en acquis la conviction en portant le pouce dans le vagin, en même temps que l'index de la même main, laissé dans le rectum, était appuyé sur le fond de la matrice : je pus saisir ainsi entre mes deux doigts le viscère, et m'assurer même qu'il jouissait d'une grande mobilité, quoiqu'il affectât cette position horizontale. J'engageai la malade à continuer les demi-bains frais, à faire des injections continues du côté du rectum au moyen d'une seringue à piston que j'ai fait modifier; à employer, pour faire l'injection, une forte infusion de camomille ou de petite sauge; à renouveler ces injections rectales

deux fois par jour : je ne crus pas nécessaire qu'elle s'assujettît à garder le lit, la position horizontale étant tout-à-fait contraire à la rectification de l'organe. Aussi la malade disait-elle qu'elle souffrait plus dans l'attitude horizontale que dans toute autre, de la pesanteur douloureuse en arrière du bassin. Nous avons appris, aujourd'hui 25 mai 1831, que madame B. se trouve très bien des moyens qu'elle a employés.

Réflexions. Si, dans l'exposition des deux cas précédents, on n'a pas reconnu les preuves certaines d'un relâchement des ligaments de l'utérus *préexistant* à son déplacement, cette préexistence ne saurait être ici révoquée en doute, du moins celle des cordons utéro-sacrés, puisqu'avant l'antéversion il y avait un prolapsus. Dans le prolapsus au deuxième degré ou descente, il y a toujours, avons-nous dit ailleurs, inclinaison du fond de l'utérus en arrière; mais cette inclinaison était ici bien plus considérable que dans les prolapsus sans complication; sans doute parce que, dans ces cas de prolapsus simple, le relâchement des cordons sus-pubiens est, en général, proportionnellement moindre qu'il ne l'était dans celui que nous venons de décrire.

N° 5.

Deux cas de rétroversion due à la tuméfaction de l'utérus en vacuité.

1° Je fus invitée par le docteur Léveillé à visiter une de ses malades qui, depuis plusieurs années, n'avait point ses règles, se plaignait d'élancements dans le vagin, et en outre, de divers symptômes d'hystérie. Cette dame, âgée de trente ans, était veuve, et n'avait jamais eu d'enfants.

L'examen à travers les parois abdominales n'indiquait aucune lésion, aucune tumeur dans cette cavité. Du côté du vagin, on trouvait ce canal vide. Ce n'est qu'en portant le doigt vers les pubis que l'on y rencontrait le

museau de tanche tuméfié, dur, entr'ouvert, mais non douloureux au toucher. En faisant coucher la malade sur le côté, j'essayai en vain d'accrocher le col pour l'abaisser. En portant le doigt vers le sacrum, je distinguai une tumeur qui me parut d'abord être formée par le fond de l'utérus. En examinant du côté du rectum, cette tumeur me sembla très volumineuse et composée de deux lobes globuleux adossés l'un à l'autre, disposition qui se faisait remarquer également, mais moins distinctement, en faisant l'exploration par le vagin. En renouvelant mes recherches de ce côté, je crus reconnaître que ces tumeurs avaient leur siége dans le tissu de l'utérus, mais très près de sa surface et dans la paroi postérieure accidentellement devenue inférieure.

Comme jusqu'alors la maladie n'avait point apporté d'obstacles aux évacuations alvines et urinaires, comme il était impossible de faire changer l'utérus de situation, M. Léveillé s'était contenté de prescrire l'application de sangsues, quinze à vingt chaque mois, autour de l'anus.

Outre l'inclinaison que ces tumeurs, de nature probablement fibreuse, avaient donnée à l'utérus, la présente observation nous offre encore une particularité digne d'intérêt, c'est que leur présence avait coïncidé avec la suppression des règles. Ordinairement on observe le contraire, et nous avons vu souvent que la plus petite tumeur donnait lieu, dans l'utérus, à un afflux de sang plus ou moins considérable.

Nous n'avons point eu occasion de revoir la malade.

2° Voici un second fait extrait des consultations manuscrites de Madame La Chapelle.

Madame H. est âgée de trente-huit ans et mère de neuf enfants. Après une aménorrhée de six semaines, elle a vu revenir un écoulement de sang qui a continué depuis en quantité médiocre. Madame H. s'était d'abord cru grosse, et je l'ai examinée pour en acquérir la cer-

titude. L'utérus est fortement incliné en arrière ; il est gonflé, mais je ne puis dire si c'est par un corps contenu dans sa cavité ou par l'engorgement de ses parois. Le col est mou et ouvert, l'orifice interne fermé, et toutes ces parties fort douloureuses. Quelle que soit la cause des incommodités actuelles, je pense qu'une saignée du bras, que le repos et le régime sont les seuls moyens à mettre en usage : ils sont également applicables à des menaces d'avortement et à un engorgement inflammatoire de la matrice. La sensibilité de cet organe éloigne toute idée d'application mécanique pour lui rendre sa direction normale.

N° 6.

Rétroversion de l'utérus durant la grossesse.

Le 4 décembre 1825, j'ai été consulté (1) par M. Estor fils, agrégé près la Faculté de Montpellier, pour une femme âgée de vingt-cinq à vingt-huit ans, d'une constitution moyenne, et déjà mère de plusieurs enfants. Les règles ayant souvent manqué à cette femme après les accouchements précédents, quoique la grossesse n'existât pas, elle ne pouvait attacher une valeur bien grande à l'aménorrhée actuelle; cependant elle présumait être grosse d'environ trois mois, lorsque, violemment heurtée à la région lombaire, elle tomba sur les genoux, le tronc renversé en arrière, de sorte que le fardeau qu'elle portait sur la tête fût précipité sur l'abdomen. Dès ce moment, douleurs dans l'hypogastre et les lombes, sentiment d'un poids incommode dans la région pelvienne, rétention d'urine, constipation. M. Estor trouva que ces accidents étaient causés par une tumeur rénitente, assez élevée dans le bassin, et qui lui parut avoir le volume de

(1) Obs. de M. D.

la tête d'un enfant à terme; il combattit les accidents inflammatoires par l'emploi des sangsues, des bains de siége, et remédia, par le cathétérisme, à la rétention d'urine. Mais les symptômes avaient à peine diminué douze jours après l'accident. Appelé alors, je reconnus l'état suivant : face pâle, pouls faible mais non fébrile, abdomen un peu météorisé, hypogastre sensible; quelques vomissements avaient eu lieu la nuit précédente. En portant le doigt dans la vulve, je sentis qu'elle était comme fermée par la paroi postérieure du vagin qui fuyait en avant. Ce canal, aplati contre les pubis, admettait à peine le doigt; au-dessus des pubis il était plus large, et je crus sentir là le col de la matrice en arrière, mais il me fut impossible de tourner de ce côté la pulpe du doigt. L'urètre était aussi aplati et tiré en haut, son orifice placé un peu derrière la symphyse pubienne. En portant le doigt dans le rectum, je constatai que la cloison recto-vaginale était épaissie, et qu'elle était tendue sur l'orifice inférieur du vagin, plutôt par le tiraillement de ce canal en avant, que par la pression d'une tumeur. La partie inférieure du rectum était vide, large, plissée; plus haut, cet intestin fuyait à droite et en avant; à gauche et en arrière était la tumeur déjà explorée par M. Estor, arrondie, rénitente, paraissant un peu mobile, mais cependant retenue par des obstacles assez puissants; elle occupait la concavité du sacrum, mais ne descendait pas jusqu'au coccyx. Les rides du rectum empêchaient de bien apprécier la forme et la consistance de cette tumeur qui ne paraissait pas être égale et régulière dans tous ses points. En portant la main sur l'hypogastre, je ne sentis aucun corps résistant. Une sonde portée dans la vessie donna issue à quelques gouttes d'urine; elle causa beaucoup de douleur. Je ne voulus pas fatiguer davantage la malade : on venait d'appliquer des sangsues; je crus devoir en attendre l'effet

et laisser revenir les forces avant de tenter de plus amples recherches et une réduction assez pénible, si, comme je le pensai au premier abord, la matrice était en rétroversion. Le 5 au matin, j'essayai vainement de réduire le fond de l'utérus avec les doigts portés dans le rectum; le point comprimé cédait à la pression, mais la tumeur ne changeait pas de place. M. Estor ne fut pas plus heureux dans ses tentatives, quoique nous eussions varié les attitudes de la malade; il eût été de toute impossibilité d'introduire la main dans le vagin pour agir sur le fond de la matrice, puisque le canal était tout-à-fait tiré en avant. Il fallut encore laisser reposer cette malheureuse femme et remettre au lendemain de nouveaux efforts ou des déterminations nouvelles; mais, dans la nuit, de l'eau s'écoula par le vagin; et, le 6, nous trouvâmes l'utérus spontanément redressé, le museau de tanche au centre du bassin, le vagin rétabli dans sa direction ordinaire, et le rectum libre. Nul doute que nos pressions n'aient contribué à favoriser la rupture des membranes et l'écoulement d'eaux qui, en désemplissant la matrice, lui permit de se relever. L'avortement était inévitable; il fallait l'attendre, car le travail n'était pas commencé; je cessai de voir cette femme et ne retournai près d'elle que pour la trouver presque agonisante par suite de la péritonite dont les progrès n'avaient pu être enrayés. L'avortement n'avait pas eu lieu encore, lorsque la mort survint; une semaine à peu près s'était alors écoulée depuis la réduction. Nous ne pûmes obtenir l'ouverture du cadavre.

CHAPITRE V.

DES HERNIES DE LA MATRICE.

Quand on connaît bien la disposition anatomique de l'utérus, tant en ce qui le concerne lui-même que dans ses connexions avec le voisinage, on a peine à concevoir qu'un viscère pesant, volumineux, fixé comme lui dans l'excavation pelvienne, puisse s'élever assez pour venir presser contre les parois abdominales et se faire jour à travers les étroites ouvertures dont ces parois sont percées vers le bas de l'abdomen ; mais on concevra mieux cette possibilité si l'on réfléchit aux circonstances suivantes : 1° le plus souvent c'est dans un commencement de grossesse que la hernie s'est produite : l'organe avait alors sans doute plus de volume, mais aussi plus de hauteur, plus de poids pour presser; 2° fréquemment il s'est échappé, non par une ouverture normale agrandie, mais par un éraillement des parois du bas-ventre, par une cicatrice distendue, etc. ; 3° dans quelques cas il a traversé une ouverture naturelle, l'anneau crural ou l'inguinal, mais affaiblis dans leur contour par des efforts répétés et une pression continue, commencée peut-être par un des ovaires ou, plus probablement encore par continuité de tissu ou par quelque tumeur épiploïque qui entraînent ensuite l'utérus par adhérence accidentelle; 4° certains de ces déplacements se sont opérés durant la vie intra-utérine, c'est-à-dire à une époque où le fond de l'utérus avait peu de volume, était situé tout-à-fait au-dessus du bassin, et pouvait facilement suivre un de ses cordons sus-pubiens raccourci à travers le canal

inguinal assez largement ouvert à cette époque, et même garni d'une gaîne péritonéale (canal de Nuck). Le même raccourcissement a pu produire aussi peu à peu les mêmes effets chez des adultes. Toutefois, on peut dire que ce sont des accidents fort rares que les hernies de matrice, et notre rôle, dans ce chapitre, se réduira presque entièrement à la relation succincte des principaux faits connus, comme exemples suffisants pour éclairer le praticien dans des conjonctures semblables.

A. *Hernie ventrale*. Ce sont celles qui s'opèrent à travers un éraillement accidentel des aponévroses et des muscles abdominaux : on n'en connaît d'exemples authentiques que dans des cas de grossesse, et il paraît qu'assez souvent aussi on a confondu avec la hernie une obliquité antérieure ou latéro-antérieure portée à l'extrême, et jusqu'à projeter le fond de l'utérus sur le devant des cuisses, par suite du relâchement excessif des parois abdominales: voici des faits mieux constatés.

1° Une femme en travail depuis trois jours, avait éprouvé tout-à-coup une violente douleur avec sensation de déchirements dans le ventre, puis faiblesse extrême, inertie complète. J.-L. Petit, en examinant l'abdomen, trouva « une hernie ventrale qui s'étendait depuis l'ombilic jusqu'aux os pubis, et une autre depuis le nombril jusqu'au cartilage xiphoïde. La première, c'est-à-dire l'inférieure, était si considérable, que les muscles droits étaient éloignés l'un de l'autre de neuf à dix pouces. On me dit que cette tumeur avait commencé depuis longtemps, et qu'elle avait augmenté à chaque grossesse, à chaque accouchement qu'avait eu la malade ; que depuis six mois l'augmentation avait été plus prompte et plus considérable, mais qu'elle n'était parvenue à la grosseur énorme où je la voyais que depuis trois jours ». Cette augmentation paraissait évidemment due à un agrandissement subit de l'éraillement de la ligne blanche, lequel

s'était opéré avec douleur et même avec bruit. L'enfant était hydrocéphale. Petit fit la ponction du crâne avec un bistouri, et, en même temps, il eut soin de comprimer le ventre à l'aide d'un bandage fait d'une nappe et d'un petit oreiller en guise de pelotte. L'extraction du fœtus ne fut point difficile, et la femme fut bientôt sur pied (1).

2° Une femme, qui avait eu un énorme abcès, suivi de cicatrices aux parois abdominales au-dessus des pubis, étant devenue enceinte, vit peu à peu le lieu primitivement malade, se tuméfier, se distendre, et l'utérus, pendant de plus en plus en avant, descendre enfin vers les genoux; le terme de la grossesse arrivé, il suffit de relever la tumeur pour permettre à l'accouchement de s'opérer spontanément (2). On a quelquefois observé la même chose après une première opération césarienne (3).

3° L'observation de Ruysch, que nous venons de citer aussi briévement que l'auteur même, a été plusieurs fois rapportée à la hernie inguinale à cause des expressions dont il s'est servi pour indiquer que la tumeur occupait tout-à-fait le bas de la région abdominale antérieure. Voici un autre cas où la hernie ventrale eût été facilement confondue avec la crurale, non à cause des mots, mais de l'apparence même des choses, si l'on n'eût point établi la distinction sur un examen attentif et minutieux. Dans sa cinquième grossesse, une femme de quarante-neuf ans vit grossir peu à peu une tumeur qu'elle portait depuis quelques années vers la région inguinale; bientôt il fut manifeste que l'utérus y était contenu, et qu'il renfermait un fœtus vivant. Le professeur Saxtorph, convaincu de l'existence d'une grossesse utérine avec

(1) *OEuvres posthumes*, t III, p. 264.
(2) Ruysch, *advers.*, *dec.* II, p. 23.
(3) Rousset, *Hysterotomotokia*, p. 56.

hernie, de l'établissement du travail et de sa marche régulière, tant par l'écoulement d'eaux qui s'établit du côté du vagin, que par les douleurs avec durcissement, dont la tumeur était devenue le siége, puis par la présentation de la tête et du cordon ombilical dans le vagin, laissa la nature opérer seule l'expulsion du fœtus, mais crut devoir extraire le placenta. Dans cette dernière opération, il constata de nouveau la situation anormale de la matrice. La malade se rétablit, mais la matrice, quoique bien réduite dans son volume, resta saillante hors des parois abdominales, et l'on put constater qu'elle était sortie à travers un éraillement de ces parois, et non par une ouverture naturelle (*Bibl. méd.*, tome 67, p. 59).

B. *Hernies crurales.* Les mêmes doutes, non résolus par les détails de l'observation, se présentent à la lecture du fait rapporté par Sennert (1), aussi bien que de celui de Doringius, cas dans lesquels la tumeur formée par l'utérus gravide, siégeait vers l'aine, mais sans qu'on ait déterminé si c'était par l'anneau inguinal ou l'anneau crural, ou à travers un éraillement, que la hernie s'était opérée. Un coup, chez la première de ces deux femmes, avait été l'origine du déplacement; chez l'autre, la tumeur avait fait des progrès graduels après des efforts nécessités par les difficultés d'une première couche: chez toutes deux, l'utérus irréductible fut ouvert comme dans l'opération césarienne; toutes deux périrent, mais les enfants vécurent; tandis que dans l'observation de Saxtorph, l'enfant est né mort.

L'anatomie pathologique a fait reconnaître, dans le cas suivant, où la matrice était en vacuité, que la hernie était crurale. Le professeur Lallemant en a donné la

(1) Sennert, t. III, p. 654, *et apud Fabr. Hild.*, in-fol., p. 93.

description dans les Bulletins de la Faculté de Médecine (1816, *tome* Ier, *p.* 1.), et l'un des auteurs de cet ouvrage a vu la pièce anatomique récemment préparée. La femme qui portait ce déplacement était âgée de quatre-vingt-deux ans, et la tumeur existait depuis quarante; elle occupait le pli de l'aine droite; sa forme était pyramidale, et sa longueur de cinq pouces sur quatre de large. La matrice avait passé derrière le ligament de Fallope; elle était accompagnée des ovaires, des trompes, d'une partie même du vagin; le tout entraîné, sans doute, par une hernie de l'épiploon, qui s'était faite, peu de jours après un accouchement naturel, au milieu des efforts d'une profession fatigante. Nous pensons en effet, que l'utérus ne sortit de l'abdomen que long-temps après l'apparition de la tumeur inguinale, et seulement huit ans avant la mort. Ce passage fut marqué, selon nous, par l'accroissement de la tumeur et quelques symptômes d'étranglement. (1)

C. *Hernie inguinale.* Nous avons dit plus haut, que peut-être les cas de Sennert et Doringius, pourraient être rapportés au présent chef, aussi bien qu'à l'un des deux autres. La possibilité d'une telle hernie douteuse durant la grossesse, est du moins prouvée par des faits authentiques dans l'état de vacuité : ainsi le professeur que nous venons de nommer, a vu aussi, à la Salpêtrière, chez une femme de soixante et onze ans, la matrice renfermée en totalité avec l'ovaire droit et une portion du vagin, dans un sac herniaire épais, enfoncé à travers l'anneau inguinal du côté droit. L'exercice d'une profession pénible, avait fait graduellement naître et s'accroître la tumeur qui, d'abord très sensible, devint par la suite in-

---

(1) J. Cloquet, *Pathologie chirurgicale*; plan et méthode qu'il convient de suivre dans l'enseignement de cette science. *Paris*, 1831, in-4°, avec 12 planches, pl. IV, fig. 5.

dolente. Sa forme était celle d'une poire, et n'avait que quatre à cinq travers de doigt en longueur. (*Mém. Soc. Méd. d'Émulation*, troisième année, p. 323.) Une autre observation du même genre a été publiée par Chopart; voici l'analyse qu'en donne le professeur Boyer (1). La femme avait cinquante ans; la matrice sortait presque en totalité, avec la trompe et l'ovaire du côté gauche, par l'anneau inguinal du même côté, et était contenue, sans adhérence, dans un sac herniaire très large: elle était plus petite qu'elle ne l'est ordinairement, arrondie, alongée, rétrécie dans le détroit de l'anneau, pâle, flasque, et avait à son fond des lambeaux membraneux qui paraissaient résulter du détachement de l'épiploon, jadis adhérent.

Cette hernie peut être congéniale, comme nous l'avons donné à entendre ci-dessus: nous en avons déjà cité un exemple dans nos considérations générales sur les organes génitaux, à propos de l'hermaphrodisme, et nous l'avons emprunté à Maret de Dijon. C'était à droite que se trouvait la matrice herniée chez ce sujet de sexe ambigu: c'est aussi à droite qu'ont été observées le plus grand nombre des hernies acquises, et l'on se rappelle que c'est effectivement de ce côté que l'utérus est naturellement un peu incliné, que le cordon sus-pubien droit est plus court et plus épais que le gauche.

Nous n'insisterons pas longuement sur les caractères généraux ou communs de ces sortes de déplacements, ni sur les secours qu'ils réclament: rappelons seulement, que le volume de la tumeur, son accroissement graduel, une fluctuation sourde, les mouvements d'un fœtus, le bruit des battements de son cœur, obtenus par le stéthoscope, etc., serviront à diagnostiquer une hernie de

---

(1) *Mal. chirurgic.*, t. VIII, p. 381.

matrice en plénitude : que la dureté de cette tumeur, sa forme arrondie, l'épaisseur de son pédicule, d'une part, la tension et l'obliquité du vagin, l'élévation, la disparition du museau de tanche, d'autre part, serviront de caractère à l'hystérocèle en vacuité. Ajoutons que la réduction devra être tentée et maintenue, dans un cas comme dans l'autre, avec tous les ménagements convenables : mais qu'elle sera sur-tout indiquée dans un commencement de grossesse. En cas d'irréductibilité, si la femme a passé l'âge de la fécondité, on peut aisément s'en tenir à l'application d'un bandage contentif, d'un suspensoir ; à un âge moins avancé, on pourrait essayer de la compression graduelle et continue selon la méthode de J.-L. Petit, pour les hernies intestinales avec adhérence. En cas de grossesse, si la nature paraissait devoir se suffire comme dans l'observation de Saxtorph, on se bornerait à en relever le fond pour en rapprocher, autant que possible, la direction de celle qu'elle devrait naturellement avoir ; s'il n'en est pas ainsi, l'opération césarienne, malgré tous ses dangers, doit être exécutée. Elle avait réussi, au témoignage de Rousset, chez la femme même dont nous avons déjà parlé d'après lui, et qui accoucha ensuite spontanément, malgré la considérable augmentation d'une hernie d'abord peu saillante. Dans le cas d'étranglement, il faudrait bien débrider comme dans toute autre hernie des viscères abdominaux, et en suivant les règles communes que les traités de chirurgie établissent pour ces sortes d'opérations.

CHAPITRE VI.

DE LA FIXITÉ ANORMALE DE L'UTÉRUS.

Dans les précédents chapitres, nous avons fait connaître les inconvénients auxquels sont exposées les femmes en raison de la mobilité du principal organe de leur sexe, pour peu que cette mobilité outrepasse les limites convenables : on pourrait donc croire qu'elles eussent été mieux partagées si l'utérus eût été plus solidement fixé dans sa place ; mais, outre l'obstacle qu'il eût apporté alors au développement des deux réservoirs qui l'environnent, cette fixité fût devenue, pour lui-même, une source d'accidents graves, comme nous l'allons prouver d'après les données de l'expérience.

A. Si la métrite est rare dans le jeune âge, la péritonite l'est moins ; et le péritoine chroniquement enflammé dans l'excavation pelvienne, chez des enfants plus ou moins jeunes, et par une cause quelconque qui a plus spécialement porté son action de ce côté (constipation, rétention d'urine accidentelle ou volontaire), peut amener des adhérences parfois très denses, très serrées entre la surface de l'utérus et les parties qui l'avoisinent ; les annexes de cet organe adhéreront et à lui et aux parois du bassin, et serviront ainsi de ligaments anormaux dont la présence, long-temps méconnue, ne se fera sentir qu'à une époque bien éloignée de leur formation. L'un de nous, durant son éducation médicale dans les hôpitaux de Paris, a cru remarquer, à celui des enfants malades, que la péritonite chronique dépendait souvent, chez les

petites filles, des excès de la masturbation; on sent combien cette excitation des organes génitaux, si elle est capable d'irriter sympathiquement le péritoine dans toute son étendue, doit agir avec violence sur celui qui tapisse ces organes mêmes et la région pelvienne; mais ces idées conjecturales n'ont pu être confirmées suffisamment par l'examen du cadavre.

Dans l'âge adulte, la métrite et la métro-péritonite (1) sont bien plus communes encore, soit lors d'une menstruation difficile, soit après une couche plus ou moins laborieuse. De là encore des adhérences morbides.

Ces adhérences qui n'avaient point jusqu'ici fixé l'attention des praticiens ont été appréciées à leur juste valeur dans un autre ouvrage (2), dont nous ne voulons donner ici que la substance avec quelques observations choisies. Si la stérilité, qui peut, en pareil cas, dépendre de l'occlusion des trompes adhérentes (3), est un effet fâcheux de cette disposition, la conservation de la fécondité est peut-être alors plus fâcheuse encore; car l'imprégnation peut devenir l'origine d'accidents graves, en renouvelant ou reproduisant l'inflammation par suite des tractions qu'exerce sur ses liens l'utérus qui tend à s'élever dans le bas-ventre. Dès lors, douleurs et tiraillements dans le bassin, lassitude dans les membres inférieurs, formation

---

(1) Weidmann (*Memoria casus rari*, etc. Mons, 1818.) a donné la description et la figure d'un cas d'adhérence de l'épiploon avec la face antérieure de l'utérus, survenue très probablement durant une métro-péritonite à la suite d'une couche pénible. Dans une subséquente grossesse la femme périt à mi-terme avec les symptômes d'un étranglement interne (vomissements, etc.)

(2) *Recherches sur une des causes les plus fréquentes de l'avortement*, par madame Boivin, in-8. Paris, 1828.

(3) Ajoutez à cela que la trompe et les ovaires adhérents à l'extérieur de l'utérus en brident la superficie et l'empêchent de s'étendre, de se développer, comme il le faut pour que la grossesse arrive à son terme ordinaire.

d'abcès au voisinage du vagin ou du rectum et quelquefois mort inévitable. Ordinairement cette déplorable suite est précédée de l'avortement, et c'est du troisième au cinquième mois qu'il se déclare, précédé et suivi d'hémorrhagie et de tous les signes de la métrite.

Ces obstacles physiques au déplacement ordinaire, à l'élévation de l'utérus dans la grossesse, peuvent être prévus par l'exploration vaginale et par des données anamnestiques quand des récrudescences d'inflammation ou des menaces d'avortement déterminent à opérer des recherches sur leur cause présumable. 1° Le doigt, porté dans le vagin, sent ordinairement l'utérus ou abaissé ou incliné, dévié d'un côté quelconque, mais toujours solidement fixé vers ce point. Quelquefois on sent qu'il est retenu par toute sa circonférence, d'autres fois c'est d'un côté seulement. Un des cordons sus-pubiens raccourci, engorgé, peut brider aussi la matrice; cet organe s'élève alors plus haut que dans l'autre cas, mais il s'incline, il est gêné, et même, comme nous en avons donné un exemple dans le mémoire cité, il détermine encore une parturition avant terme, à sept mois de grossesse par exemple. 2° Les antécédents qui peuvent mettre aussi sur la voie sont ceux qu'établissent des métrites, des péritonites antérieures, des menstruations difficiles, des avortements, des accouchements laborieux, des blessures, des abcès dans la région du bassin. Nous avons remarqué que la fixité anormale de l'utérus était plus ordinaire chez les femmes lymphatiques, scrofuleuses, sujettes à la constipation et à l'irrégularité des fonctions digestives; ce sont-là des données accessoires, sans doute, mais dont la considération ne doit point être négligée dans les cas obscurs et douteux. Pourrait-on, après les avoir reconnues, détruire ces adhésions? La chose est peu probable, mais on peut, du moins, par un traitement antiphlogistique approprié,

les prévenir lorsqu'elles ne sont qu'imminentes ; et quelques faits, dont nous donnerons plus loin un échantillon, nous portent à croire qu'on peut obtenir, par l'emploi du mercure, la résolution de celles qui n'ont point encore acquis toute leur solidité, qui sont encore sous l'influence du travail formateur, c'est-à-dire de l'inflammation chronique dont elles sont le produit.

B. Ce n'est pas seulement quand l'utérus est réduit à ses dimensions ordinaires, que des adhérences peuvent le lier aux organes qui l'entourent et s'opposer ensuite à des translations nécessaires. La même chose a quelquefois lieu quand, distendu, élevé par l'œuf volumineux qu'il renferme, il séjourne pendant plusieurs mois dans les régions élevées de l'abdomen ; l'épiploon alors fréquemment refoulé, pelotonné vers l'épigastre, peut, à la suite de quelque inflammation fort restreinte dans l'étendue de son siége, s'attacher au fond de la matrice. Tant que la grossesse durera, cette soudure morbide ne s'annoncera par aucun symptôme, ne causera aucun accident ; mais après la parturition, quand l'utérus aura à parcourir rapidement en sens inverse le même chemin qu'il a suivi dans son mouvement ascensionnaire, quand de l'épigastre il redescendra derrière les pubis, l'épiploon, trop court en raison de son pelotonnement préalable, sera violemment tendu si les adhérences ne sont assez faibles pour se rompre. De cette tension résulteront, d'une part, le tiraillement de l'estomac, du colon, des déchirements partiels ou du moins une irritation suffisante pour amener la péritonite (1), et d'autre part, il y aura obstacle peut-être invincible à la rétraction de l'utérus, à sa réduction dans l'hypogastre. Or, comme cette

(1) Du moins nous avons trouvé deux à trois fois cet état de choses sur des femmes mortes de péritonite puerpérale (D). *Voy.* aussi les recherches déjà citées sur une des causes les plus fréquentes de l'avortement, *obs.* 4.

réduction est essentiellement nécessaire à l'oblitération des orifices des sinus utérins, ces orifices, restés béants, pourront fournir une perte de sang alarmante et définitivement mortelle (1). Baudelocque a vu même périr, avant la parturition et dans la première période du travail, une femme dont l'épiploon, roulé sous forme de corde, adhérait à la partie antérieure et latérale droite de la matrice; de sorte que l'estomac et l'arc du colon en étaient singulièrement tiraillés. Des vomissements, la diarrhée, des syncopes avaient précédé et annoncé cette terminaison funeste. Dans des cas moins fâcheux, comme ceux relatés et figurés par Ruysch (2) ou mentionnés par Morgagni (3), il n'en est résulté que des tiraillements douloureux et des dérangements de santé dont on n'a pas donné le détail, mais qui ont duré des années entières sans porter atteinte à l'existence des malades.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Avortement à cinq mois; mort; autopsie.

Madame Kall..., âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, de haute stature, d'un médiocre embonpoint, était accouchée pour la première fois, à vingt-un ans, à l'aide du forceps, après un travail de soixante heures. Les suites de couche furent compliquées d'une péripneumonie qui retint la malade au lit pendant trois mois. Depuis, elle eut deux autres couches à terme et heureuses. Sa nourriture était en général peu soignée, ses repas irréguliers, et la constipation chez elle habituelle.

---

(1) Madame Lachapelle, *Prat. des Acc.*, t. II, p. 376.
(2) *Obs. anat.*, p. 59 et 78.
(3) *Epist.* 48, art. 46.

Vers le milieu de février 1826, catarrhe pulmonaire accompagné bientôt d'une douleur fixe pongitive dans le côté gauche et antérieur de la poitrine. Vingt sangsues procurent du soulagement.

Immédiatement après cette saignée, douleurs utérines, expulsion d'un fœtus de cinq mois avec ses annexes. Transportée à la maison de santé, elle y mourut sept jours après l'avortement et au dixième de la pleuropneumonie.

Autopsie.

Anciennes adhérences des plèvres; abcès enkysté dans le poumon droit, tubercules en suppuration dans le gauche.

Estomac et intestins phlogosés; péritoine plus rouge, plus épais que dans l'état sain, et contenant une petite quantité de sérosité jaunâtre.

Les ligaments larges, les trompes, les ovaires sont groupés et adhérents sur la face postérieure de l'utérus; le scalpel peut seul les en détacher. Ces adhérences contiennent des tubercules miliaires et pisiformes. (*Voyez* planche XIII.)

Si cette disposition n'a pas été évidemment la cause de l'avortement, nul doute qu'elle ne l'eût amené plus tard, comme cela a eu lieu plus manifestement dans le cas suivant.

N° 2.

Avortement à trois mois; mort; autopsie.

Madame Delam.., âgée de trente-deux ans, lymphatique au summum d'intensité, fut apportée à la maison de santé à la suite d'une hémorrhagie utérine qui l'avait réduite à une extrême faiblesse. Le pouls était presque insensible, et le visage couvert de la pâleur de la mort.

Nous apprîmes d'elle que, dès l'âge de douze ans, elle fut menstruée, mais fort irrégulièrement, et habituelle-

ment sujette aux flueurs blanches et à une constipation des plus opiniâtres. Mariée à vingt-cinq ans, elle avait contracté immédiatement la syphilis et en fut méthodiquement traitée. A trente ans, grossesse et accouchement heureux, suivis du retour des flueurs blanches jusqu'à une deuxième grossesse, celle durant laquelle venait d'avoir lieu l'accident pour lequel elle était entrée dans notre établissement, je veux dire un avortement au terme de trois mois, avec hémorrhagie durant quatre jours. Cet écoulement de sang était arrêté depuis la veille au soir.

Procédant à l'examen de l'utérus, que nous soupçonnions gravement affecté, nous trouvâmes le museau de tanche plus gros, plus compact qu'à l'état sain, même en cas d'avortement à pareil terme. Vainement cherchâmes-nous à soulever cet organe, il était tout-à-fait immobile; le ventre était légèrement ballonné quoique indolent; un flot de liquide s'y manifestait à la percussion, et le membre abdominal gauche était infiltré dans toute sa longueur. Une douleur vive se faisait sentir dans ce membre et remontait dans le côté gauche du bassin; quarante sangsues ne l'avaient point diminuée; les bains entiers, les boissons laxatives et adoucissantes, les lavements émollients, les liniments opiacés n'obtinrent pas plus de succès; une fièvre irrégulière, une agitation continuelle accompagnèrent, jusqu'au terme de la vie, l'excessive faiblesse que l'hémorrhagie avait produite. La mort arriva vingt jours après l'avortement.

Dissection.

A l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'une grande quantité de fluide séreux, jaunâtre. Foie pâle, volumineux, graissant le scalpel. Granulations tuberculeuses dans le tissu sous-péritonéal du colon iliaque et du rectum, qui tous deux adhéraient, d'une part à l'utérus, de l'autre au sacrum. Un vaste foyer purulent avait son siége dans

le repli recto-vaginal du péritoine. Les trompes et les ovaires formaient, à la surface de l'utérus et sous les adhérences déjà mentionnées, une masse inextricable et pénétrée de pus; plusieurs de ces annexes paraissaient même dégénérés en substance encéphaloïde. La paroi du rectum qui répondait au principal foyer purulent était très amincie et disposée à une prochaine perforation qui peut-être eût amené beaucoup d'amendement dans l'état du sujet, comme le prouvent plusieurs faits joints à celui-ci dans l'opuscule dont nous l'avons extrait.

N° 5.

Avortement à trois mois ; mort ; autopsie.

Mademoiselle Leb., femme lymphatique, âgée de vingt-quatre ans, sujette aussi à la constipation, aux flueurs blanches, venait d'avorter au terme de trois mois; il y avait eu, en même temps, douleur violente dans la hanche, la cuisse et la jambe droite. Le pouls était élevé, fréquent; la langue rouge, ainsi que la joue gauche. L'abdomen s'est développé progressivement pendant les huit jours subséquents, sans qu'on y pût percevoir la présence d'un fluide : bientôt vomissements, coliques, diarrhée; puis douleur au cou, parotide, écoulement de pus par l'oreille droite. Quelques jours après, les douleurs ont cessé au cou, au ventre, et diminué dans la cuisse. Nous profitons de cet état de calme pour examiner les organes génitaux.

Le col de l'utérus est lisse, ferme, du volume d'une petite pomme d'api; tout l'organe est fixé dans le bassin et d'une immobilité absolue.

La fièvre se réveilla peu après, et la malade périt à la suite d'agitation, de délire, mais sans douleurs nouvelles. Ce fut le vingt-deuxième jour après la fausse-couche.

Dissection.

Les intestins grêles ne formaient, pour ainsi dire, qu'une seule masse par les adhérences multipliées qui les unissaient entre eux. L'arc du colon, le rectum étaient intimement soudés à la paroi postérieure de l'utérus ; les trompes, les ovaires, groupés de chaque côté, n'étaient représentés que par un amas de tissu filamenteux baigné de putrilage, et d'un gris sale. Dans ces adhérences se trouvaient disséminées des granulations blanchâtres. En un mot, on trouvait là toutes les traces d'une péritonite chronique très ancienne et renouvelée par la grossesse et l'avortement.

No 4.

Avortement au quatrième mois ; abcès ouvert dans le rectum, guérison ; fixité de l'utérus tourné sur son axe.

Madame Desc., âgée de trente-quatre ans, vint à la maison de santé pour une tumeur qu'elle portait dans l'abdomen et qu'accompagnaient des douleurs et des pertes de sang. Forte et robuste, cette femme ne s'était plaint d'aucune autre incommodité que de constipation jusqu'à l'âge de trente-deux ans. A cette époque une cinquième grossesse, durant laquelle elle perdit du sang, fut suivie d'un dérangement dans le cours des règles pendant près d'une année ; c'était, pour ainsi dire, des hémorrhagies qui reparaissaient tous les quinze ou vingt jours avec une douleur profonde dans la fosse iliaque gauche. Bientôt l'hypogastre se développa ; les règles vinrent à se suspendre, et la malade rendit, à la suite des contractions utérines ordinaires, une mole renfermant un embryon de quatre mois. Dès lors retour des pertes utérines ; développement graduel de l'hypogastre ; douleurs et difficultés dans l'éjection de l'urine et des matières fécales ; nécessité fréquente des bains de siége et même

des lavements, du cathétérisme pour faciliter les évacuations.

Un jour, au milieu de violents efforts de défécation, la malade rend tout-à-coup la valeur d'une pinte de matière pultacée, d'un blanc jaunâtre, et, en même temps, la tumeur hypogastrique diminue, disparaît même, ne laissant qu'un peu de sensibilité du côté gauche; les évacuations se font ensuite avec facilité; mais du pus reste, pendant quelque temps, mêlé aux excréments. Tout nous porte alors à croire qu'il y a eu ici, outre l'inflammation de tous les annexes, une ovarite suppurée et dont le foyer s'est mis en communication avec le rectum, comme cela arrive si souvent dans les grossesses extra-utérines. Le toucher nous apprend que le museau de tanche a deux fois le volume ordinaire, qu'il est lisse, régulier, compact, non douloureux à la pression, mais que son orifice, au lieu d'offrir transversalement son grand diamètre, le présente dirigé d'avant en arrière; et l'utérus se montre si bien affermi dans cette situation, qu'on chercherait vainement à lui en donner une autre.

Cette femme était débarrassée de la plupart de ses anciennes incommodités, quand des symptômes de phthisie pulmonaire se déclarèrent; l'ennui la prit et elle abandonna l'établissement.

On trouvera dans l'ouvrage de M. Nauche (Mal. de l'Utérus, p. 269.) une observation du même genre, et nous en avons ailleurs publié une autre qui serait ici superflue.

N° 5.

Adhérences des annexes de l'utérus; symptômes de phlegmasie chronique guérie par un traitement mercuriel.

La personne dont nous allons parler était, comme la précédente, d'une forte constitution; elle eut, à l'âge de sept ans, sa première éruption menstruelle, qui se renouvela deux fois à un mois d'intervalle; cet écoule-

ment, suspendu ensuite, ne reparut plus qu'à dix ans, et se régularisa depuis cette époque; à treize ans, sans cause connue, perte utérine si abondante qu'elle confina la malade au lit pour trois mois. Mariée à quatorze ans et demi, elle fut mère à seize; rien de fâcheux ne survint à cette occasion.

A vingt ans, chute d'un lieu élevé sur la hanche gauche, fracture du fémur, réduite, mais suivie d'une douleur habituelle dans l'aine du même côté.

Agée de vingt-trois ans, elle fit trois fausses-couches en quatorze mois, l'une à quatre, l'autre à deux, la troisième à cinq mois de grossesse. Dès lors, irrégularités dans la menstruation, mais plus de grossesse.

En décembre 1819, il survint, pendant l'embrassement conjugal, une métrorrhagie des plus abondantes avec des douleurs atroces dans la région iliaque droite, puis vomissements, fièvre. Tout céda à des saignées locales, à des émollients et des narcotiques.

En février 1820, récidive après des écarts de régime et l'exposition à une température froide et humide. Cette fois la douleur a son siége à gauche, et s'étend du milieu de la hanche jusqu'à l'aine.

Nous trouvâmes l'utérus très bas, appuyant sur le périnée, son col très sensible et gonflé; son orifice entr'ouvert était entouré d'un bourrelet formé par le haut du vagin; à peine pouvait-on refouler un peu la matrice, et ce n'était pas sans réveiller les douleurs dans l'aine et la hanche. Ces douleurs, suspendues par les émollients, les narcotiques en fomentation, en injection, en lavements, en bains, reparurent bientôt avec plus d'intensité que jamais; la constipation était aussi tellement opiniâtre que, après onze jours d'intervalle, on ne put obtenir d'évacuation que par quatre douches ascendantes successivement administrées.

Reconnaissant l'inutilité du traitement antiphlogis-

tique, on se détermina à l'application du mercure. On employa, en frictions, l'onguent napolitain sur les cuisses et les régions latérales de l'abdomen, à la dose d'un gros chaque fois. Ce traitement, soutenu pendant un mois sans interruption, fit disparaître tous les accidents sans que la salivation se fût manifestée. Six mois après, cette femme était presque méconnaissable, tant il s'était opéré en elle d'avantageux changements.

TROISIÈME SECTION.

ALTÉRATIONS DE FORME ET DE VOLUME.

CHAPITRE PREMIER.

DÉFORMATIONS DIVERSES.

Nous ne croyons pas devoir faire autant de chapitres distincts que l'on peut établir de variétés dans les altérations de forme, de volume, etc., dont l'utérus est susceptible. Nous ne suivrons cette méthode que pour les modes principaux, pour les inflexions, le renversement ou introversion, les distensions; réunissant, dans un premier article, tout ce qui ne mérite qu'une simple mention ou une description succincte.

A. Plusieurs des lésions dont nous allons parler auraient pu, jusqu'à un certain point, être rapportées à celles qui nous occuperont isolément plus loin. Ainsi, certains plissements de la matrice semblent n'être que des flexions imparfaites; certains rebroussements de l'orifice externe et du col utérin en dehors pourraient être assimilés à un renversement incomplet; mais nous éviterons plus complétement toute confusion en suivant la marche que nous avons préférée.

On sait que, dans le travail de la parturition commençante, l'orifice utérin, peu dilaté ou point ouvert, est dirigé du côté du sacrum et quelquefois même diffici-

lement accessible au doigt explorateur; la paroi antérieure du col de la matrice répond par conséquent à l'aire du vagin, au vide de l'excavation pelvienne ; c'est sur elle que portent et le poids du fœtus et les efforts de la contraction du viscère aidé par les muscles abdominaux ; c'est donc elle aussi qui se dilate et s'amincit le plus. Il n'est pas étonnant, d'après cela, que cette région de la matrice se montre quelquefois plus relâchée, se contracte moins facilement que la partie opposée. Peut-être, supportant moins aisément que la paroi postérieure le poids du corps de l'utérus encore rempli par le placenta, cède-t-elle souvent à sa pesanteur, et devient-elle la cause la plus ordinaire de ces antéversions momentanées dont nous avons parlé dans la section précédente ; mais tout se rétablit ordinairement sans peine, dès que la délivrance a eu lieu. Une fois seulement, l'un de nous a été témoin d'un fait singulier, et qui mérite d'être connu, parce qu'il pourrait se représenter dans la pratique et embarrasser l'accoucheur.

Une élève sage-femme venait d'accoucher et de délivrer une femme dont la grossesse avait été accompagnée de quelques indispositions, d'anasarque, etc., et qui, pour cette raison, séjournait dans l'infirmerie de l'hospice de la Maternité de Paris. En la touchant de nouveau, elle sentit, au-devant du col de l'utérus, une grosse tumeur dont on n'avait pas soupçonné l'existence durant le travail. Je touchai à mon tour, et sentis effectivement, à travers les parois du vagin, et au-devant de l'orifice utérin, une tumeur assez molle, large, arrondie, et qui me donna plutôt l'idée d'une antéversion que d'une tumeur fibreuse, comme l'avaient cru les élèves. Mais je fus moi-même bientôt détourné de mon opinion en sentant, dans l'hypogastre, le fond de la matrice. D'un autre côté, la vessie était vide et la tumeur sans fluctuation ; je finis donc par me ranger à l'opinion générale.

Cependant cette femme s'infiltra de plus en plus et succomba au bout de quelques jours. A l'ouverture du cadavre, on chercha vainement la tumeur. L'utérus était sain, mais mollasse, et la paroi antérieure conservait encore, du côté du col, une grande propension à se plier en devant et en bas; c'était sans doute *ce gros pli arrondi* en forme de poche qui nous en avait imposé (D).

B. Il arrive quelquefois que le cancer utérin commence par des ulcérations et des végétations à l'intérieur du col de la matrice; alors la surface interne de ce col s'engorgeant, se gonflant, s'étendant de plus en plus, force l'orifice à s'ouvrir, en repousse le contour élargi, puis, continuant de s'épanouir, si l'on peut ainsi parler, renverse en dehors des surfaces auparavant tournées vers l'axe du viscère. Si cet effet est souvent masqué par l'énorme volume des végétations arrivées à une certaine période de leur accroissement, il ne l'est pas dans le principe. Nous en avons suivi tout récemment les progrès (D), et nous avons en ce moment sous les yeux le mémoire à consulter d'une ancienne élève de la maison d'accouchement de Paris, qui retrace, dans la description d'un cancer ulcéré, les principaux traits du tableau que l'on vient d'offrir au lecteur. Le col de l'utérus est, dit-elle, comme retroussé vers les bords latéraux et antérieurs. Mais ce rebroussement n'est que consécutif et symptomatique : un des auteurs (B) a vu une disposition infiniment moins commune; c'est un pareil renversement, une *exstrophie* ou *extroversion* du col utérin qui paraissait congéniale et que n'avait précédée aucun état morbide reconnaissable.

Le 8 novembre 1822 on apporta, mourante, à la maison de santé, une fille de forte constitution et de grande taille. On l'avait traitée par des antiphlogistiques énergiques pour une fièvre dite inflammatoire : elle périt le lendemain de son arrivée à l'établissement.

A l'ouverture du cadavre on ne découvrit d'autre cause de mort qu'un engorgement général du système sanguin.

L'époque menstruelle était arrivée dans les derniers jours de la vie ; aussi trouvâmes-nous l'utérus gorgé de sang et d'un violet foncé, les vaisseaux ovariens, notamment les veines, étaient très dilatés. La matrice était, à l'intérieur, d'un rouge vif et enduite d'une couche de mucosité incolore. Plongé dans l'eau chaude et pressé entre les doigts, ce viscère exhalait, par la même face, des gouttelettes de sang qui, bientôt réunies, formaient une couche continue ; son tissu était mou, tant dans le corps que dans le col ; ce dernier contenait des *œufs de Naboth* de la grosseur d'un grain de millet. Le museau de tanche était renversé du centre à la circonférence ; de sorte que, au lieu de former, comme de coutume, un mamelon à surface lisse, il représentait une sorte de bourrelet large, aplati, hérissé des rides ordinairement cachées à l'intérieur du col utérin. En un mot, la partie inférieure de ce col était retroussée en dehors. Du reste rien de morbide ; cette fille même présentait dans le reste des organes génitaux tous les caractères de la chasteté ; pourtant les ovaires étaient parsemés de cicatricules, et celui du côté droit offrait une érosion de trois à quatre lignes d'étendue. Si pareille conformation venait à être soumise à l'exploration d'un praticien, il lui faudrait bien du savoir et de l'habitude pour ne pas la confondre avec un ulcère cancéreux ; l'absence de douleurs, de suppuration ou autre écoulement, pourrait néanmoins mettre sur la voie d'un diagnostic exact. Quant à ses conséquences pour l'obstétrique, ce fait ne nous fournit qu'une réflexion ; c'est que la grossesse eût probablement détruit cette mauvaise conformation, en ramenant peu à peu vers le haut et vers l'intérieur le col utérin tiré dans ce sens par la dilatation du corps de l'organe, puis par la sienne propre. (*Voy.* pl. IX, fig. 6 et 7.)

C. *Adhérences, oblitérations du museau de tanche.* Les violences que souffrent, durant l'accouchement, le col de la matrice et le haut du vagin, violences telles que le plus souvent il en résulte diverses déchirures, les irritations auxquelles le museau de tanche est exposé dans le rapprochement des sexes, les ulcérations superficielles dont il devient souvent le siége dans les écoulements syphilitiques ou autres; voilà des causes bien capables de déformer cette partie, de la faire adhérer aux parois du vagin, de l'oblitérer par adhésion des lèvres mêmes de son orifice. Heureusement, ces adhérences sont plus rares que les causes dont nous venons de parler; et sans doute l'abondance et la densité du mucus que sécrète le col utérin ne contribue pas peu à prévenir ce fâcheux résultat. Je dis fâcheux, car le moindre de ses inconvénients est de causer la stérilité, soit en fermant tout-à-fait le passage au principe fécondant, soit en l'entravant du moins par le contact immédiat et forcé de l'orifice utérin et de la paroi postérieure du vagin. C'est là, dis-je, le moindre inconvénient, et cet inconvénient est même nul, si la femme est déjà parvenue à un âge avancé. Nous avons trouvé chez des vieilles femmes le museau de tanche annulé, atrophié, détruit, tantôt laissant à sa place quelques brides et un orifice en entonnoir, tantôt permettant à peine le passage d'un fil à travers son ouverture; un degré de plus, et il était totalement fermé, comme l'est si souvent l'orifice cervico-utérin dans un grand âge. Que de cette occlusion puisse quelquefois résulter une hydropisie utérine, la chose n'est pas impossible; encore faut-il que la matrice ou les trompes sécrètent alors abondamment un liquide que la résorption ne suffit point à faire disparaître. Mais, dans l'âge adulte, la rétention des menstrues peut s'ensuivre et faire naître des accidents graves, comme nous le verrons en parlant des

distensions de la matrice. On en voit un exemple dans la thèse de M. Ameline, emprunté au docteur Gauthier (1). Dans la même dissertation on voit d'autres exemples de pareilles adhérences du museau de tanche au vagin, qui ont pu être considérées comme causes de l'antéversion. Mais, chose plus singulière, ces adhérences, ces occlusions partielles ou complètes ont pu quelquefois mettre obstacle à la parturition sans avoir empêché l'imprégnation; soit qu'un étroit pertuis subsistant encore ait laissé passer le fluide fécondateur; soit que l'occlusion, suite des délabrements d'une couche antécédente, ne fît que commencer à s'établir, loin d'être complète lors de l'acte reproducteur; soit enfin qu'une inflammation accidentelle ait produit l'oblitération ultérieurement à la conception même. On peut voir, dans la pratique des accouchements par madame Lachapelle, les exemples que nous en avons colligés dans les auteurs et les journaux. A ceux d'Amand, de Simson, de Latour, nous aurions pu en ajouter d'autres empruntés à des compatriotes comme Gauthier, Morlan, Martin, Flamand, ou à des étrangers tels que Cathral (2), Solera (3); mais plusieurs de ces faits ont laissé des doutes dans notre esprit : dans quelques-uns la déviation de l'orifice a pu faire croire à son oblitération complète; dans d'autres il n'y avait probablement que agglutination mécanique et momentanée des bords de l'orifice. Quant aux oblitérations, déformations ou rétrécissements de l'orifice utéro-vaginal à l'état de vacuité du viscère, nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui en voudraient quelques exemples de plus, aux recueils de Ruysch (*Thes. VI*, n° 1 et 85) et de Morgagni (*Epistola* 46, n° 17; *Ep.* 47,

(1) *Nouv. Jour. de Méd.*, t. VII, p. 30.

(2) *Ann. lit. méd. etr.*, t. II.

(3) *Ann. univ. di Milano*, *Agosto* 1827.

n° 14, 28; *Ep.* 56, n° 10, 17; *Ep.* 57, n° 2; *Ep.* 66, n° 17; *Ep.* 67, n° 9, 11).

D. Le col de l'utérus s'alonge quelquefois considérablement (*Voy.* pl. XI, fig. 1re et 2e). Nous avons vu que tout l'organe s'effilait, en quelque sorte, dans certains cas de prolapsus; mais il ne faudrait pas prendre pour des prolapsus tous les cas où le col a acquis isolément une grande longueur. Tantôt c'est le col dans sa totalité qui s'alonge ainsi, et alors le cul-de-sac vaginal remonte, comme dans le prolapsus, très haut au-dessus de son extrémité libre; mais le vagin n'est pas raccourci et le fond de la matrice peut être senti par l'hypogastre, si le sujet a peu d'embonpoint; tantôt une des lèvres seulement acquiert cette longueur démesurée et qui peut être portée au point de la faire saillir hors de la vulve. Le professeur Lallemant en a vu des exemples chez des femmes d'un âge très avancé, et, avant lui, Leroux de Dijon (1) paraît avoir observé quelque chose de semblable, mais seulement durant la grossesse; voici, du reste, ses propres expressions: «Dans certaines femmes, il n'y a que la lèvre antérieure de l'*os tincæ* qui se prolonge; dans d'autres, c'est le col entier. Je l'ai trouvé sortant hors de la vulve et représentant le col d'une bouteille avec son bourrelet à l'extrémité. J'introduisis le doigt dans l'ouverture, et je le poussai jusqu'à l'orifice interne qui était fermé par les membranes de l'enfant. Dès que les douleurs de l'accouchement se déclarèrent, le col diminua de longueur et s'effaça peu à peu, à mesure que l'orifice intérieur se dilata.»

Dans un cas d'alongement analogue à celui que décrit Leroux, mais dans l'état de vacuité, la présence de l'orifice au sommet du prolongement n'a point suffi pour

(1) *Obs. sur les pertes de sang*, p. 14.

détromper un chirurgien qui avait cru à l'existence d'un polype; la ligature fut faite; la malade mourut de péritonite, et l'ouverture du cadavre constata le diagnostic qu'avait porté le docteur Ségard qui s'était vainement opposé à l'opération (1).

L'erreur avait eu des suites moins graves dans un cas mentionné par Buisson (2). On avait appliqué un pessaire, croyant avoir à combattre une descente de matrice. Bichat avait rencontré ce prolongement sur deux ou trois cadavres.

E. Enfin, nous pourrions parler encore ici des cas d'*atrophie* et d'hypertrophie de tout l'utérus; mais quoique la première de ces altérations nous paraisse d'une haute importance, nous ne nous en occuperons qu'à l'occasion de l'*aménorrhée* qui en est, avec la stérilité, l'effet le plus remarquable. Quant à l'hypertrophie, si l'on met de côté tout ce qui a trait aux variations individuelles de volume dont nous avons dit quelque chose dans notre introduction, on peut assurer que toutes les autres augmentations tiennent à une des altérations de texture qui nous occuperont plus tard, ou à quelque phlegmasie chronique, sujet qui nous arrêtera aussi d'une manière toute spéciale.

---

(1) *Diss. sur les polypes utérins.* Paris, an XII (1804), p. 16.

(2) *Anat. descript. de Bichat,* t V, p. 282.

CHAPITRE II.

INCURVATIONS OU FLEXIONS DE L'UTÉRUS.

Les déformations dont nous allons ici nous occuper sont, en raison de leur rareté, peu connues des écrivains et des praticiens. Malgré cette rareté, plus d'une fois, sans doute, une incurvation ou flexion de l'utérus s'est présentée à l'exploration des gens de l'art, mais elle a été méconnue et confondue avec quelque autre affection. Denman est le premier auteur qui nous donne de ces dérangements, un exemple précis, un véritable cas de rétroflexion; malheureusement il n'entre dans aucun détail circonstancié. On lit aussi, dans l'ancien Journal de médecine, la description d'une matrice comparée à un cornichon; mais ces exemples étaient à peu près oubliés lorsqu'une observation communiquée par l'un de nous (B) au docteur Ameline et insérée dans sa thèse sur l'antéversion, fixa l'attention des accoucheurs. Depuis cette époque, les incurvations de l'utérus en vacuité ont été plusieurs fois reconnues et rationnellement traitées. (Désormeaux, Deneux, etc.) J'ai dit, dans l'état de vacuité, parce que, en effet, on avait mieux constaté certaines flexions dans l'état de grossesse, et sur-tout aux approches de l'accouchement. Baudelocque avait bien observé que, dans certaines obliquités de la matrice, le col se dévie du même côté que le fond, « de sorte, dit-il, que, dans bien des cas, le col de la matrice se trouve réellement recourbé à la manière d'une cornue, comme Levret et autres l'avaient annoncé avant nous. » La même observation a été faite par madame

Lachapelle, par M. Velpeau (1) et autres ; mais nul n'y a attaché autant d'importance que l'excellent praticien Boër ; nul n'a autant insisté sur la différence qui existe entre les cas d'obliquité réelle et ceux d'incurvation, soit que le corps de la matrice conserve sa rectitude, le col seul étant dévié, soit que tous deux s'infléchissent à la fois du même côté ; il a constaté cette différence non-seulement d'après les conjectures fournies par le toucher sur le vivant, mais encore par la dissection complète du cadavre : aussi soutient-il que, cinq fois sur douze, le col de l'utérus, chez la femme enceinte, répond au même côté que son fond. C'en est assez sur cet objet obstétrical ; revenons à celui qui doit plus spécialement ici nous intéresser.

Nous avons de fortes raisons de croire que, parfois, la flexion de l'utérus est congéniale : du moins, nous l'avons observée chez des filles qui n'avaient éprouvé dans l'utérus aucun de ces grands changements que produisent et la puberté et la copulation, la grossesse et l'accouchement ; à la vérité, ces cas sont bien rares, et la rapidité avec laquelle la matrice se développe vers l'âge de douze à quatorze ans, explique mieux comment, dans d'autres cas, un développement plus complet d'un côté que de l'autre a pu amener une incurvation en quelque sorte organique. On comprend mieux encore comment, après l'accouchement, une réduction plus rapide, une condensation plus complète dans une des parois de l'utérus distendu, amènera des effets analogues, et comment, chez des femmes mariées et malades, l'utérus enflammé, irrité, pourra, tantôt s'alonger, tantôt se ramollir, ou au contraire se rétracter d'un côté par la formation de quelque cicatrice interne (absorption d'abcès, etc.), tantôt même se contracter irrégulièrement en vertu de

(1) *Traité élémentaire de l'art des accouchements*, p. 662 et 664.

sa structure musculaire, qui, bien qu'obscure ordinairement, se manifeste plus clairement à certaines époques, et par l'apparence anatomique, et par les effets physiologiques (tranchées, expulsion de caillots, etc.). Aussi les femmes mariées et sur-tout accouchées à terme ou avant terme, ont-elles présenté bien plus de pareilles déformations que les filles. Ce qui peut autoriser l'idée que quelque phlegmasie chronique a souvent été l'origine d'une flexion de l'utérus, c'est que, sur le cadavre, cet organe s'est présenté souvent d'un rouge foncé, noirâtre même, et que diverses altérations se joignaient à la déformation. Telles ont été, en particulier, des dégénérescences fibreuses, des adhérences entre ce viscère et ses annexes, l'obstruction de la cavité du col, etc. Selon Denman la rétention d'urine survenue à l'époque de la délivrance, aurait été la cause essentielle de la rétroflexion dont l'exemple lui fut communiqué par Th. Cooper. La rétention d'urine ayant persisté quelque temps, le déplacement se reproduisait chaque fois que la vessie était pleine, et se réduisait facilement en poussant le fond de la matrice au-dessus de l'angle sacro-vertébral, après que le cathétérisme avait été pratiqué. Nous avons vu deux fois le même genre de cause produire le même effet; mais nous croyons nécessaire qu'il s'y joigne une disposition spéciale, une cause efficiente particulière, sans quoi l'accident dont nous parlons serait assurément bien plus commun qu'il ne l'est. Cet état de la vessie ne peut d'ailleurs nullement amener l'antéflexion, car il ne peut agir qu'en élevant le col de l'utérus, et repoussant son fond en arrière, comme nous l'avons expliqué au sujet de la rétroversion.

La flexion s'opère plus particulièrement vers l'endroit où le col se réunit au corps de l'utérus, et la courbure est prononcée à des degrés variables, plus ou moins anguleuse, plus ou moins obtuse, et quelquefois telle que

l'organe est vraiment plié en deux, et ses deux portions assez rapprochées l'une de l'autre. Pour l'ordinaire, il y a rigidité dans cette courbure : bien rarement, si ce n'est peu après l'accouchement, y a-t-il mobilité du corps sur le col : il semblerait pourtant qu'il en était ainsi dans la rétroflexion de Denman, qui, au reste, se contente de dire que les symptômes étaient à peu près ceux de la rétroversion. Il nous paraît, au contraire, important de différencier ces deux états, et, d'après la disposition que nous venons d'indiquer comme la plus commune, cette distinction ne nous paraît pas bien difficile. Il serait moins aisé, sans doute, de bien établir la différence entre l'antéflexion et l'antéversion, à cause de la présence de la vessie dans le point où les explorations doivent être faites avec plus de précision.

Ce sera donc un soin préliminaire indispensable que celui de faire écouler les urines et même de débarrasser le rectum de son contenu avant de procéder au toucher. Cette opération sera successivement pratiquée dans deux attitudes différentes, la femme debout et couchée. Le doigt, porté dans le vagin, sera toujours aidé de l'autre main appuyée sur l'hypogastre, soit pour reconnaître si le fond de l'utérus a sa rectitude, tandis que le col est dévié, *et vice versâ*, soit pour déprimer tout l'organe et rendre plus accessible au doigt et son col et son corps.

Il arrive quelquefois que le col est dirigé fortement en arrière dans le cas de rétroflexion ; mais alors le fond ne fait nullement saillie au-devant du vagin, comme cela devrait être si l'utérus était déversé en avant ; au contraire même quelquefois le fond peut être aussi porté un peu en arrière ; une concavité anguleuse ou arrondie existe aussi de ce côté entre les deux parties de l'organe ; et en avant on peut sentir, au contraire, un angle, une saillie mousse, une sorte de coude. Plus souvent le museau de tanche est au centre de l'excavation et le fond

seul est incliné; mais les signes fournis par le toucher diffèrent peu alors de ceux que nous venons d'établir, et le simple bon sens indique assez les différences qu'ils doivent présenter. Veut-on en juger plus méthodiquement; l'utérus étant bien fixé par la main appuyée sur l'hypogastre, c'est sur les côtés de ce viscère qu'on promènera le bout du doigt indicateur en côtoyant la courbure anormale que la maladie lui imprime; c'est du côté gauche que cette manœuvre est plus facile à opérer, si l'on se sert de la main droite pour pratiquer le toucher.

Les mêmes signes, en sens inverse, caractérisent l'antéflexion; mais ici seulement on trouve plus constamment encore l'orifice utérin au centre du bassin. Pour compléter le diagnostic, on essaiera de mouvoir l'utérus en divers sens, afin de constater jusqu'à quel point il est libre d'adhérences qui pourraient rendre la guérison tout-à-fait impossible. Sur ce point, comme sur les autres, dans un cas obscur et douteux, le toucher rectal pourrait donner quelques renseignements de plus : en même temps que l'index touchait, par l'intestin, le coude formé par la matrice ou même son fond, nous avons pu quelquefois passer dans le vagin le pouce de la même main, et saisir entre ces deux doigts la longueur du viscère, de manière à l'apprécier ainsi mieux que par tout autre procédé; on ne trouve pas à celui-ci de grandes difficultés chez les femmes maigres qui ont eu des enfants ou ont usé librement du coït, ni même chez les filles lymphatiques, dont le vagin est relâché par une leucorrhée habituelle.

La leucorrhée accompagne souvent, en effet, une flexion de l'utérus, et l'aménorrhée plus souvent encore, ou du moins l'irrégularité de la menstruation. Ces complications ou ces effets de la déformation peuvent donc faire partie des signes caractéristiques de ce genre d'affections; il faut y joindre aussi, comme signes ration-

nels, divers symptômes hystériques, les douleurs, les tiraillements dans le bassin, les aines, les lombes; les pressions pénibles sur la vessie ou le rectum; la fréquente nécessité d'uriner, etc.

Ce n'est guère que par rapport à ces incommodités, ou bien aux suites naturelles d'une cause plus grave dont la flexion utérine n'est elle-même qu'un effet, une manifestation, que le pronostic peut être considéré comme plus ou moins sérieux. La stérilité peut aussi en dépendre, mais non pas inévitablement, puisque trois fois, à notre connaissance, l'imprégnation a eu lieu malgré l'antéflexion.

La grossesse même peut probablement amener une guérison momentanée ou définitive. Sans doute ces déviations du col utérin dont nous avons parlé plus haut seront bien favorisées par une flexion à l'état normal; mais, d'un autre côté, la distension forcée de l'étranglement qui sépare le col et le corps de l'utérus le redressera forcément aussi, et pourra rendre à ses deux parois des dimensions égales, sur-tout si l'on surveille, durant le premier mois, la marche des choses, si l'on s'occupe de maintenir l'utérus redressé, et de prévenir des accidents analogues à ceux de la rétroversion. Les changements que la gestation amène dans la structure de cet organe, sont bien propres à détruire la fâcheuse contracture, l'amincissement d'un côté, l'épaississement de l'autre, auxquels la maladie était due. Pour prévenir la récidive après la parturition, on aura soin aussi de replacer l'utérus, d'en hâter la contraction par des frictions sur l'hypogastre, etc., sur-tout s'il paraît disposé à un collapsus bien propre à produire une perte de sang considérable, et à être accru, entretenu par cette même perte. La récidive en effet n'est que trop facile alors, comme le prouve un fait observé par M. Deneux, et dont il nous a fait part. Dans tous les cas de grossesse ou d'accouchement récent,

on veillera à ce que l'écoulement des urines soit libre, ou soit convenablement suppléé, que la sortie des matières fécales soit facile et suffisamment fréquente.

S'il est un moment où la réduction d'une flexion reconnue est facile, c'est certes quand elle succède à la parturition ; la largeur du vagin permet alors d'y porter plusieurs doigts ou la main ; la mollesse de l'utérus est telle que les doigts peuvent aussi s'introduire dans sa cavité, et relever son fond au-dessus de l'angle sacro-vertébral, où on le maintiendrait jusqu'à contraction complète de ses parois. Mais, pour prévenir une rechute, on n'aurait guère de ressource que dans l'attitude donnée à la femme; le décubitus dorsal pour une antéflexion, le décubitus latéral incliné en avant autant que possible dans la rétroflexion, et dans tous les cas, une élévation du bassin plus grande que celle des épaules, voilà ce qu'il nous paraît rationnel de conseiller dans ces circonstances. Jusqu'à quel point serait-il dangereux de glisser dans l'utérus une spatule de bois couverte de linge et de cérat? On ne la laisserait séjourner que durant le temps nécessaire pour lui rendre une fermeté qui ne permette plus la récidive.

Ce moyen ne serait plus proposable dans une flexion ancienne, et dans l'état de vacuité. Il nous paraît utile alors de commencer le traitement par des antiphlogistiques locaux ou généraux (saignées, bains), si, comme c'est l'ordinaire, il existe des symptômes de congestion, d'inflammation, ou de pléthore. La réduction mécanique serait d'abord tentée à l'aide des doigts ; mais souvent inutiles même pour une réduction momentanée, ces tentatives le seraient indubitablement pour le maintien ultérieur de l'effet immédiatement produit. Pour soutenir le col de l'utérus, et l'écarter de son col, on peut pousser entre eux, dans le fond du vagin, soit une éponge, comme l'a fait avec succès M. Deneux, soit un pessaire d'ivoire, ou de gomme élastique verticalement glissé derrière ou

devant le museau de tanche, comme l'a proposé Désormeaux. On pourrait aussi faire confectionner un pessaire en bondon, muni d'une cuvette dont un des bords serait considérablement plus élevé que l'autre, afin de repousser la partie qui s'incline (*Nauche*); un pessaire en bilboquet configuré d'une façon analogue, procurerait les mêmes avantages.

Mais le fond du vagin se laissera-t-il, en général, suffisamment repousser pour que les moyens mécaniques relèvent, sans douleur et sans accident, la partie abaissée de la matrice? C'est ce dont il est raisonnablement permis de douter. La flexion sera donc souvent incurable. Nous conseillerions encore pourtant, dans quelques cas, l'emploi des stimulants, des fortifiants appliqués vers l'origine des cordons qui fixent l'utérus aux parties voisines, des sus-pubiens dans la rétroflexion, des utéro-sacrés dans l'antéflexion; tels seraient des douches sur les aines, dans le vagin ou dans le rectum, des frictions stimulantes, des exutoires même vers les pubis, moyens entre lesquels on pourrait choisir si la déformation causait de graves incommodités.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Trois cas d'antéflexion présumée congénitale.

1° Marie-Antoinette B., âgée de dix-huit ans, née et élevée à Perpignan, d'un tempérament bilioso-sanguin, de petite stature, avait, depuis deux ou trois ans, contracté l'habitude de la masturbation. Les menaces, les punitions, les châtiments les plus sévères ne produisirent aucun effet. Surprise un jour par sa mère dans sa honteuse désobéissance, la jeune fille tomba dans de violentes convulsions. Depuis cette époque, les accès se renouvelè-

rent fréquemment, et prirent, par la suite, un caractère épileptique. Alors seulement, on chercha à empêcher les attouchements en tenant les mains constamment éloignées du corps. On s'occupa aussi de déterminer l'excrétion menstruelle qui ne s'établit point malgré une foule de remèdes employés pendant le cours d'une année. Entrée à la maison de santé, le 1.er décembre 1829, elle eut le jour même plusieurs accès : raideur des membres abdominaux; renversement en arrière de la tête et du tronc; contracture des mains; torsion des bras suivie de tremblements; respiration faible; pouls à peine sensible; ventre gonflé; face rouge, puis violacée; bouche béante; langue alongée et pendante; regard fixe; les yeux fortement saillants. Ces accès duraient une ou deux minutes, et se répétaient huit à dix fois dans la journée. Cependant la malade avait de l'appétit, et mangeait avec avidité tous les mets qu'on lui présentait : aussi avait-elle conservé de l'embonpoint malgré ses habitudes, et la maladie qui leur avait succédé.

Le lendemain, on examina les parties génitales. A l'extérieur, il n'existait aucun des caractères de la puberté. L'intérieur de la vulve était d'un rouge foncé; sa surface était sèche, et d'une chaleur ardente. Le clitoris, du volume ordinaire, n'avait de remarquable qu'une extrême sensibilité. L'orifice externe du vagin ne présentait pas d'altération. Le ventre, ballonné pendant les accès, était souple, compressible pendant les intervalles. Cette jeune fille succomba, quelque temps après, à des attaques répétées d'épilepsie, malgré les moyens les plus actifs.

Autopsie. Toute la surface du corps était violacée.

Crâne. Adhérences des méninges dont les vaisseaux étaient très apparents et très rouges. Point d'épanchement. Aucune altération du cerveau.

Abdomen. Légère phlogose des intestins. L'utérus

était tellement plié vers son milieu que la face postérieure de son corps se présentait en avant, et s'appuyait sur le col de la vessie, et que le fond regardait la paroi antérieure du vagin, quoique le museau de tanche eût conservé sa situation et sa forme naturelle. En vain essayait-on de redresser la matrice; elle ne cédait un moment aux efforts exercés sur elle que pour reprendre, aussitôt après, sa flexion antérieure. Le tissu de cet organe, mis à nu par une incision verticale, offrait, sur sa tranche, une couleur noirâtre et une densité remarquable. Le col était d'un gris violacé. La cavité intérieure était d'un brun-noir, et enduite d'un mucus blanchâtre et transparent. Le vagin était également d'un rouge-brun.

Mesuré suivant sa longueur par sa face convexe, l'utérus avait deux pouces et demi, tandis que sa face antérieure n'avait que quatorze lignes d'étendue longitudinale.

Les trompes étaient situées derrière les branches horizontales des pubis. Les ovaires, situés également au-devant du bassin, avaient près de deux pouces de longueur et cinq lignes d'épaisseur, forme qui rappelle celle qu'on leur connaît durant la vie intra-utérine. Ils répondaient chacun à la région des cavités cotyloïdes. Les vaisseaux sanguins, renfermés dans les replis utéro-pelviens, étaient nombreux, et gorgés d'un sang noir. *Voyez l'Atlas*, pl. IX, fig. 5 et 6.

Il nous a paru rationnel de regarder cette antéflexion comme congénitale, et d'attribuer à la gêne qu'elle apportait dans l'établissement de la menstruation, la congestion habituelle dont les organes génitaux étaient devenus le siége; congestion prouvée par l'ouverture du cadavre, et cause probable du penchant vicieux qui devint si funeste à la jeune fille.

2° Madame D., âgée de trente-six ans, née et domiciliée à Paris, fut sujette, dès son enfance, à une entérite qui

s'est renouvelée à plusieurs époques différentes, mais éloignées les unes des autres. La menstruation s'établit assez difficilement à dix-huit ans, et chaque époque était précédée et accompagnée de douleurs dans le bassin.

Mariée à vingt-quatre ans, Madame D. ne put d'abord supporter les approches de son mari, tant les tentatives étaient douloureuses : l'acte vénérien ne put complétement s'opérer que deux mois après le mariage; mais les douleurs continuèrent encore long-temps avec presque autant d'intensité qu'auparavant.

Le médecin qui fut consulté sur la cause de ces douleurs crut la reconnaître dans un état d'abaissement de l'utérus pour lequel il prescrivit les injections astringentes, et conseilla la séparation des époux pendant un mois, précaution qui eut peu de résultats avantageux. Enfin, depuis douze ans que madame D. est mariée, elle n'a jamais eu de grossesses, quoiqu'elle désirât vivement d'être mère. La vie sédentaire qu'elle mène à cause de l'assiduité qu'exige son commerce, le chagrin de ne point devenir enceinte ont sans doute donné lieu aux accès nerveux très fréquents dont elle se plaint, et qui offrent la plupart des symptômes de l'hystérie, tels que le fer chaud dans l'estomac, la boule qui alternativement remonte et descend du ventre au gosier, les borborygmes, l'émission de gaz par la bouche et par l'anus, les contractions musculaires et involontaires des membres, et vers la fin de l'accès, des larmes accompagnées de sanglots. Depuis long-temps, les règles sont à peine apparentes. Tous les mois, une légère sécrétion roussâtre est l'unique produit de la menstruation.

Il y avait environ six semaines, lorsque nous vîmes madame D., qu'elle se plaignait d'une douleur dans le flanc gauche, et se prolongeant obliquement jusque derrière l'os pubis du même côté. La malade ayant rendu

déjà quelques graviers, craignait d'avoir un calcul dans la vessie : elle se soumit à cet effet à mon examen.

Je ne distinguai rien, ni au moyen de la sonde, ni par le toucher, qui pût justifier ces craintes; mais ce qui m'avait frappé pendant l'exploration des parties internes, c'est l'extrême petitesse du museau de tanche. Cette portion de l'utérus se trouvait à très peu de distance de l'orifice externe du vagin. L'utérus était très mobile; je le fixai en appuyant une main assez fortement sur la région hypogastrique, et de l'index de l'autre main, je suivis le bord latéral gauche du viscère qui décrivait une ligne courbe de derrière en devant. Je découvris très facilement ainsi, que l'utérus était replié sur sa face antérieure; son fond descendait presque au niveau du museau de tanche. En refoulant la paroi correspondante du vagin, on pouvait sans peine loger l'extrémité du doigt dans le pli formé par cette courbure anormale. Je transmis au médecin de la malade tous ces renseignements, en appelant spécialement son attention sur l'état du rein gauche et sur l'hystérie dont elle ne lui avait point parlé et qui, sans doute, était sous l'influence de cette déformation de la matrice, aussi bien que les dérangements de la menstruation et les douleurs qui accompagnaient l'acte vénérien.

3° Mademoiselle Irma B..., née et élevée à Besançon, n'avait été réglée qu'à dix-huit ans, et depuis, cette fonction a toujours été peu régulière : dans les fréquents et longs voyages qu'elle a faits, le sang se montrait avec un peu plus d'abondance; mais plusieurs années qu'elle a passées dans une vie sédentaire ont rendu la dysménorrhée plus considérable : à peine s'écoulait-il quelques gouttes de sang avec des douleurs dans la région du bassin, et cela sans époque fixe. Une leucorrhée abondante et habituelle semblait avoir pris la place des menstrues.

Agée de vingt-sept ans, à l'époque où elle m'a consultée, cette demoiselle se plaignait en outre de pesan-

teur sur le périnée, de tiraillements dans les aines et les lombes qui augmentaient d'intensité dans la marche, la station et dans les efforts nécessités par une constipation opiniâtre et fort ancienne. Cet état de malaise était souvent aggravé par des accès d'hystérie. Voici l'état dans lequel nous trouvâmes les organes génitaux : l'entrée du vagin, un peu relâchée, permit assez facilement l'intromission du doigt; le museau de tanche n'était pas éloigné de plus d'un pouce de l'orifice vulvaire de ce canal. En suivant, à travers les parois du vagin, le côté du col, puis du corps de la matrice, je fis parcourir au bout du doigt un trajet courbe, et reconnus ainsi une antéflexion telle que le fond de cet organe appuyait sur la vessie. Il était d'un très petit volume, et cette circonstance, comme dans le cas précédent, jointe aussi à l'apparition tardive de la menstruation, nous prouve que cette conformation était congéniale. Il ne nous parut pas plus utile ici que chez les malades dont nous avons déjà parlé, d'essayer l'emploi du pessaire : nous pensâmes qu'une grossesse pourrait seule opérer le redressement de la matrice, et en attendant que mademoiselle Irma pût, selon nos conseils et ses désirs, réaliser un mariage, nous nous contentâmes de prescrire des injections narcotiques pour calmer les douleurs.

N° 2.

Deux cas d'antéflexion de l'utérus à la suite d'un accouchement.

1° La nommée Françoise M..., cuisinière, âgée de vingt-quatre ans, née à Chartres, avait été réglée à quinze ans, et depuis, l'écoulement durait trois ou quatre jours à chaque époque. Mariée à Paris, elle devint enceinte une année après son mariage. A la suite de travaux plus fatigants qu'à l'ordinaire, elle fut prise de douleurs dans les reins qui furent suivies, pendant la nuit, d'une

métrorrhagie violente. Françoise était alors enceinte d'environ six mois. Trop faible pour appeler du secours, elle accoucha seule de la totalité de l'œuf à la fois, et resta dans une longue et profonde syncope. Le matin seulement la connaissance lui revint, elle put se traîner jusqu'à sa porte pour appeler à son aide. Quelques heures se passèrent encore sans qu'elle pût avoir auprès d'elle une personne de l'art. La perte ayant été très abondante, cette femme resta dans une faiblesse extrême ; cependant, à peine dix jours s'étaient écoulés, que la crainte de perdre sa place la détermina à reprendre ses occupations ordinaires.

Depuis ce temps elle était restée faible, pâle, et se plaignait de douleurs accompagnées de tiraillements dans les reins et dans les aines. La constipation à laquelle cette femme était sujette, se montrait plus opiniâtre : huit et dix jours se passaient sans évacuations. Mais ce qui l'inquiétait le plus, c'est que, depuis dix mois sans rapports avec son mari, elle n'avait cependant point vu revenir ses règles. Les mamelles secrétaient un fluide lactiforme assez abondant pour forcer la malade à se garnir de linge.

Les parois abdominales, très molles, très flasques, se laissaient assez profondément déprimer pour donner la certitude qu'il n'y avait, de ce côté, aucune tumeur, aucun corps qui pût simuler une grossesse, ce dont nous crûmes devoir nous convaincre péremptoirement malgré l'assurance que nous donnait cette femme d'avoir vécu éloignée de son mari. Cette disposition des parois de l'abdomen était également favorable pour me permettre d'explorer l'excavation du bassin. C'est ainsi que, de l'extrémité des doigts de la main gauche, appuyée sur l'hypogastre, et de l'index de la main droite introduit dans le vagin, je pus saisir l'utérus et apprécier son volume et sa longueur. Le vagin prêtait et s'alongeait

assez pour qu'il me fût possible, même facile, de parcourir, à travers les parois de ce canal, l'un des côtés et la paroi antérieure de l'utérus.

Je trouvai le corps de cet organe d'un très petit volume, recourbé en avant comme dans les cas précédents. Son fond s'était mis en contact avec le bord inférieur de la symphyse des pubis, et son museau de tanche était resté presque au centre du vagin. On prescrivit des sangsues à la vulve, des demi-bains pour calmer les douleurs dont se plaignait la malade, et nous l'engageâmes à se réunir à son mari, en lui donnant l'espoir qu'une nouvelle grossesse pourrait rétablir l'utérus dans son état naturel.

2° Madame Quen..., âgée de vingt-deux ans, d'une constitution délicate et nerveuse, fut menstruée irrégulièrement jusqu'à l'âge de dix-neuf ans qu'elle s'est mariée. Elle est accouchée à terme au bout de neuf mois et demi de mariage, après un travail de trente-six heures et sous la surveillance de personnes instruites et expérimentées.

Depuis cette époque les règles se sont rétablies; mais la jeune dame se plaignait de douleurs dans la région latérale droite de l'abdomen, avec une sensation de tuméfaction du même côté. La marche était pénible et accompagnée de pesanteur sur le siége. Cette sensation était plus prononcée dans les efforts nécessaires pour aller à la garde-robe. Les promenades en voiture étaient également pénibles et quelquefois insupportables à cause des tiraillements douloureux qu'elles causaient dans les régions antérieures et latérales du bassin, et spécialement du côté droit. L'exploration de ce côté de l'abdomen, au moyen d'une pression légère avec l'extrémité des doigts, détermine une douleur trop vive pour qu'il soit permis de déprimer les muscles abdominaux et de se rendre compte du véritable siége des souffrances. Du côté du vagin, l'examen fait reconnaître un abaissement assez considérable de l'utérus.

L'orifice de cet organe se trouve très rapproché de celui du vagin. En portant le doigt vers la paroi antérieure de ce canal et celle du corps de l'utérus, on distingue une tumeur du volume d'un petit œuf située en travers.

Les parties génitales étaient si douloureuses qu'il nous fut impossible pour cette fois de déterminer, d'une manière précise, de quelle nature était cette tumeur et quel en était le siége. Nous convînmes, M. Espiaud, madame Charrier et moi, de remettre à une époque plus éloignée un nouvel examen. En attendant, on mit en usage les sangsues, les demi-bains, les bains entiers, les injections narcotiques, pour dissiper les douleurs et la sensibilité de l'appareil génital.

Le 24 octobre 1820 suivant, la malade était beaucoup mieux. Elle avait gardé le lit depuis la première visite, et tous les accidents étaient à peu près dissipés; mais il existait bien encore quelques symptômes d'hystérie.

Nous pûmes alors nous convaincre, en déprimant l'hypogastre, qu'il n'y avait point de tumeur du côté de l'abdomen; que, du côté du vagin, le museau de tanche était incliné à gauche, peu sensible au toucher, et que la tumeur, dont un mois auparavant nous n'avions pu déterminer l'essence, était formée par le fond de l'utérus recourbé, abaissé en avant, de manière à n'être éloigné du museau de tanche que par un intervalle de huit à dix lignes. Nous pûmes, en effet, insinuer dans cet intervalle le bout du doigt couvert par le vagin, et confirmer notre diagnostic en parcourant, de la même manière, la courbure formée par le bord latéral gauche de la matrice; l'abaissement spontané de l'utérus et celui que nous y ajoutâmes, en pressant sur la région hypogastrique, rendirent les explorations très faciles. Le toucher rectal acheva de nous convaincre de l'état réel des choses en nous permettant de saisir l'organe entre l'index et le pouce, ainsi

que nous l'avons indiqué dans le texte du présent chapitre.

Cette disposition expliquait assez bien les douleurs dans la vessie, les tiraillements douloureux dans les aines, dans les régions iliaques. L'inclinaison à droite pouvait être déterminée par une adhérence, une rétraction des replis péritonéaux de ce côté; mais il n'était pas aussi facile de deviner la cause de cet accident. La jeune dame se rappela que, dès le moment qu'elle fut accouchée, elle ressentit une douleur assez forte dans le bassin; qu'elle se tenait fort souvent et long-temps assise sur son lit pour essayer d'allaiter son enfant, et le gardait presque constamment couché sur son ventre lorsqu'il avait tetté; que, peu de temps après s'être levée, vers le douzième ou treizième jour de sa couche, voyant son enfant près d'échapper des bras de sa domestique endormie, la jeune mère avait fait un effort violent pour le retenir. C'est plus particulièrement de cette époque que datent les douleurs et les malaises dont elle eut à se plaindre jusqu'à l'époque où nous fûmes appelés auprès d'elle.

La jeune dame continua de garder l'attitude horizontale sur son lit ou sur un canapé; de faire usage, au besoin, de lavements émollients, de bains partiels ou généraux, et nous fûmes d'avis que les époux tentassent une nouvelle grossesse. Le professeur Dubois, consulté sur ce point, reconnut lui-même la nature de l'accident, approuva ce qui avait été fait et les conseils qui avaient été donnés.

Le 23 octobre 1830, nous apprîmes que la malade éprouvait tous les symptômes d'une grossesse récente, mais qu'elle était accompagnée de douleurs dans toutes les régions inférieures de l'abdomen. Madame Quen... ne pouvait pas marcher; elle était forcée de garder le canapé. Des symptômes d'hystérie étaient venus en outre com-

pliquer cette grossesse, qui s'est néanmoins terminée heureusement, vers la fin de mars dernier, entre les mains de madame Charrier et en présence de M. Espiaud. Ce médecin nous a dit avoir donné les conseils convenables pour que l'accident ne se renouvelât pas. Nous ignorons s'il a réussi.

M. Deneux voulut en vain empêcher cette récidive après l'accouchement dans un cas d'antéflexion qu'il avait constatée avant la grossesse. L'accouchement, nous a-t-il dit, avait été du reste fort heureux.

N° 3.

Antéflexion observée au commencement d'une grossesse. (1)

Un exemple d'antéflexion assez considérable et d'un diagnostic clair et facile, m'a été offert, il n'y a pas bien long-temps, par une jeune femme (vingt-quatre à vingt-cinq ans) qui se disait enceinte de deux mois et demi à trois mois, et qui avait de bonnes raisons pour le soupçonner et le désirer. Présentant toute la fraîcheur de la santé comme de la jeunesse, cette personne, dont la constitution est peut-être un peu lymphatique, a déjà été deux fois enceinte, mais une seule de ces deux grossesses a parcouru la durée normale; il y a quatre ans que le dernier accouchement s'est opéré.

Depuis cette époque, la jeune femme n'a ressenti aucune incommodité notable; toutefois, sur ma demande, elle s'est souvenue que, depuis assez long-temps, les rapprochements sexuels étaient quelquefois douloureux par suite des chocs qu'en recevait l'utérus. Il n'y a pourtant que peu de semaines que la matrice lui semble manifestement plus basse qu'elle ne doit l'être; mais aucune pression bien incommode n'en résulte sur le rectum ou la vessie.

(1) Observation de M. Dugès.

Ce qui lui a fait croire à la grossesse était moins cet abaissement que la suppression des menstrues qui ont manqué deux fois de suite. Une leucorrhée existe depuis l'époque où elles auraient dû paraître.

Ce qui me frappa d'abord en portant le doigt dans le vagin, ce fut la direction du col de la matrice, couché sur la face interne du coccyx, de façon à offrir en avant le museau de tanche, et dirigé conséquemment selon l'axe du détroit inférieur ou, si l'on veut, de la vulve. Cette circonstance, jointe à un abaissement réel (on trouvait le museau de tanche à un pouce et demi de profondeur dans le vagin), me fit croire d'abord à un premier degré de prolapsus. Je fus détrompé par la découverte d'une tumeur arrondie, un peu plus volumineuse que ne doit l'être le fond d'une matrice à l'état normal, un peu douloureuse à la pression et située entre la paroi antérieure du vagin et la vessie. En l'explorant avec attention ; en suivant, comme le recommande madame Boivin, sa continuité avec le col, je m'assurai bientôt que c'était effectivement le corps de la matrice dirigé horizontalement en avant et courbé à angle droit sur le col ; un sinus profond, mais recevant assez aisément l'extrémité du doigt, répondait en avant au point de la flexion. Celle-ci était due à une rétraction solide des tissus; car, en poussant le corps de la matrice, on relevait aussi le col sans changer leurs rapports réciproques. Ce dernier n'était point engorgé, mais il avait plus de longueur que ne lui en suppose l'état normal ; ses lèvres étaient saillantes, sur-tout l'antérieure, son orifice béant, échancré vers la commissure droite. La grossesse, douteuse alors, s'est manifestement prononcée quelques semaines après cet examen. Dans une nouvelle exploration faite deux mois plus tard, j'ai trouvé le col bien plus élevé dans le vagin et moins oblique en avant : le corps était toujours incliné sur le col, et le pli encore assez profond entre eux, mais beaucoup moins toutefois. Il était impossible de toucher le corps

de l'utérus, malgré son volume, en portant le doigt derrière le museau de tanche. L'antéflexion a donc diminué de beaucoup, et il n'est pas douteux qu'elle ne s'efface complétement à mesure que le col se raccourcira en s'élargissant.

N° 4.

Rétroflexion chez une jeune fille.

Une fille de vingt-huit ans est morte, en 1824, à la maison de santé, par suite d'une hypertrophie du cœur. Voici les seuls renseignements que nous fournisse à ce sujet notre journal.

Hypertrophie du cœur. Tubercules nombreux dans les poumons. Tumeur du volume d'une noix sur le fond de l'utérus. Le col recourbé sur la face postérieure de cet organe. Le tissu du corps rouge, mollasse autour de la tumeur. La cavité du col obstruée par des matières crétacées qui s'étendaient depuis l'orifice interne jusqu'au voisinage de l'orifice externe, et qui sans nul doute, avaient été la principale cause de l'aménorrhée.

Une observation du même genre a été consignée par M. Dance, dans les Archives générales de Médecine. La jeune fille dont il parle mourut aussi d'une hypertrophie du cœur. Elle était de même affectée d'aménorrhée et de flueurs blanches. Il y avait rougeur, épaississement et aspect mamelonné de la membrane muqueuse du vagin. La matrice, ployée en arrière à la réunion du corps et du col, projetait à la fois de ce côté son fond et son museau de tanche, dont l'orifice regardait en même temps en arrière et en haut. Les parois du viscère étaient amincies ; sa cavité élargie, aplatie. Le col offrait, à l'intérieur, une surface d'un rouge foncé, veloutée, et couverte d'un mucus épais et glaireux. Le pavillon des deux trompes adhérait solidement aux ovaires. Des nodosités, formées par une substance calcaire, renflaient, de distance en distance, l'une et l'autre trompe.

N° 5.

Plusieurs cas de rétroflexion après l'accouchement à terme.

1° Chez une femme qui fut apportée sans connaissance à la maison de santé, et qui périt dans la soirée, nous trouvâmes la vessie tellement développée, qu'elle occupait toute la cavité du bassin, et une partie de l'abdomen. L'utérus avait son fond renversé en arrière, et reployé du côté du col soulevé par la vessie. Le premier de ces viscères était du volume qu'on lui connaît chez la femme récemment accouchée; et en effet c'était immédiatement après l'accouchement qu'était survenue l'hémorrhagie qui enleva cette malade.

2° Une autre femme, dont la parturition avait été retardée par le développement excessif de la vessie, et qui n'était pas encore délivrée, offrit la disposition suivante. Le fond de l'utérus, renversé en arrière, occupait et remplissait l'excavation pelvienne : l'orifice utérin était tellement élevé derrière les pubis que, sans le cordon ombilical qui me servit de guide, il m'eût été impossible de le découvrir. Le développement de la vessie était tel qu'on eût pu croire à la présence d'un deuxième enfant. J'en tirai, avec la sonde, plus de quatre pintes d'urine. Alors le col de la matrice descendit dans l'excavation pelvienne au-devant de son corps, et je m'aperçus qu'il existait une rétroflexion complète. Pour opérer la délivrance, il me fallut porter la main dans l'utérus, et ce ne fut pas sans difficulté que j'en vins à bout; mais une fois parvenue dans sa cavité, rien ne me fut plus facile que d'en soulever le fond, de le faire passer sur l'angle sacro-vertébral : une contraction brusque et vive de ce viscère suffit alors pour déterminer l'expulsion simultanée de ma main et du placenta, et pour maintenir l'organe en rectitude.

3° La nommée J***, née et élevée à Amsterdam,

lingère à Paris depuis deux ans seulement, se plaint d'irrégularités dans les menstrues, de tiraillements dans les aines, et de pesanteur sur le siége. Depuis plusieurs mois, cet état s'accompagne de violents maux de tête, spécialement dans la région de l'occiput. Il y a environ quinze jours que la malade fut prise d'une métrorrhagie violente qui la jeta dans un état de faiblesse extrême : cette fille, d'un tempérament lymphatique, est d'une pâleur remarquable; la coloration de la sclérotique égale presque celle de l'iris qui est d'un bleu céleste.

Nous soupçonnâmes une affection de l'utérus, et en effet, le museau de tanche était tuméfié, son orifice largement ouvert : les muscles abdominaux mis dans un état de relâchement considérable, nous permirent, en les déprimant avec l'extrémité des doigts, de pénétrer jusqu'à une certaine profondeur dans l'excavation du bassin, en même temps que nous soutenions le museau de tanche avec l'index de l'autre main. Le fond de l'utérus ne se faisant point remarquer au-dessus, ou plutôt derrière les pubis pendant ce mode d'exploration, nous le cherchâmes à travers la paroi latérale du vagin qui était fort élastique, et nous reconnûmes que la matrice était repliée en arrière. Un examen pratiqué du côté du rectum nous fit découvrir le fond de l'organe à peu de distance au-dessus de l'anus, et il nous parut d'un volume plus considérable que dans l'état naturel. Les parties externes étaient tellement lâches qu'il n'était pas difficile de comprendre que cet état résultait d'un accouchement antécédent et à terme. Ayant fait part de ma conviction à cet égard à la malade, elle m'avoua qu'en effet elle était accouchée à terme seule et sans secours, que la délivrance s'était opérée également sans aucune aide, et que le troisième jour, elle avait repris ses occupations habituelles. Elle avait passé ensuite six mois sans revoir ses règles, qui reparurent depuis, mais à des intervalles inégaux.

On fit prendre à la malade les pilules de tartrate de fer et de potasse; les bains entiers d'eau simple.

Le 22, elle eut une syncope en sortant du bain, et un instant après, il parut un peu de sang menstruel; mais l'écoulement s'arrêta peu d'heures après son apparition.

Il n'y a pas le moindre doute que l'accident qui fut le sujet de cette observation n'ait été occasioné, comme dans les deux cas précédents, par la rétroversion de l'utérus d'abord, et l'abaissement progressivement plus considérable du fond de l'organe dans l'exercice trop promptement repris des occupations actives de la malade. Peut-être aussi que l'épaississement des parois de l'utérus, ou la présence d'une tumeur fibreuse dans l'épaisseur de la paroi postérieure a pu contribuer à donner lieu ou à entretenir cet état de flexion en arrière de l'utérus. La malade n'ayant pas consenti à l'essai que nous lui proposâmes de relever le fond de cet organe au moyen d'un repoussoir, elle sortit, sous ce rapport, comme elle était entrée. M. Deneux fut plus heureux dans un cas de rétroflexion qu'il nous a également communiqué. La personne qui le portait consentit à l'application d'une éponge entre le corps et le col de l'organe plié en arrière. Cette éponge, refoulant, jusqu'à une grande hauteur, le vagin heureusement très lâche, finit par redresser l'utérus, et la grossesse était même probable lors de notre conversation à ce sujet. On sent en effet combien l'imprégnation peut être favorisée par le redressement; on conçoit même que les éponges puissent amener en partie cet heureux résultat sans redresser positivement l'utérus, si par leur interposition entre le col et les parois du vagin, elles mettent à découvert l'orifice du museau de tanche, et lui permettent de recevoir le fluide masculin.

4° Nous avons trouvé, sur le cadavre d'une femme morte de phthisie, une rétroflexion qui sans doute avait été la suite d'un accouchement antécédent; mais la lésion était probablement fort ancienne; elle n'avait point été

constatée sur le vivant; car l'aménorrhée qui en eût pu être le seul indice avait été attribuée à l'épuisement causé par la maladie dont cette femme fut victime. L'utérus, enlevé sur le cadavre pour les leçons de M. Paul Dubois, fut trouvé difforme, courbé en arrière, de sorte que son fond était renversé de ce côté même.

N° 6.

Deux cas de rétroflexion après l'avortement.

1° Madame C., créole, âgée de vingt-cinq ans, ayant été mariée à quatorze ans, devint enceinte peu de mois après, sans jamais avoir été réglée. L'accouchement fut long et douloureux, la délivrance très pénible. Madame C. eut encore deux accouchements à terme, mais plus heureux. Enfin, en deux années, elle eut trois avortements de deux à quatre mois. Le dernier, qui eut lieu à quatre mois, fut suivi d'une métrite intense à cause du séjour prolongé du placenta, et des tentatives réitérées pour opérer la délivrance manuelle ou instrumentale. Depuis cette époque, il est resté une sensation douloureuse dans l'excavation du bassin. Les règles paraissaient à peine tous les deux à trois mois. A cet état, se joignaient encore des symptômes d'affection de la rate; douleurs dans la région de cet organe, spasme de l'estomac, digestions irrégulières, céphalalgie presque constante, ennui, accès de tristesse, fréquents besoins de pleurer : tel est l'état général de la malade depuis trois années qu'elle est en France. Cependant le dérangement des règles ayant fixé l'attention du docteur Rayer, médecin de la malade, je fus appelée pour constater l'état des parties, et je trouvai, après un examen très minutieux, que l'utérus était dans l'état de rétroflexion, mais à un degré médiocre. Je dis à cette dame que le moyen le plus sûr, le plus efficace, était une nouvelle grossesse dont il faudrait surveiller la marche et les suites. La

malade ayant trouvé le remède pire que le mal, nous ignorons si elle se sera déterminée à faire usage de notre conseil (1).

2° Le 28 avril, je fus invitée, par le docteur Marc, à passer rue Notre-Dame des Victoires, pour examiner l'état des parties génitales chez une dame qui craignait d'être affectée d'une maladie de l'utérus semblable à celle qui avait causé la mort de sa mère.

Il y avait environ dix ans, nous dit cette dame, qu'à la suite d'une fausse couche de six mois, elle eut une perte de sang des plus considérables, et d'assez longue durée. Cependant elle céda aux soins assidus de son accoucheur, l'une des plus grandes renommées du temps. Depuis cette époque, les règles ne reparurent qu'à peine : cette excrétion sanguine fut remplacée par une leucorrhée abondante, et cet état s'accompagna d'une douleur et d'un tiraillement quelquefois insupportables dans les aines. Plus tard, il survint de la toux, et bientôt se développèrent tous les symptômes d'une affection grave du poumon qui se dissipèrent sous les soins de M. Marc.

Lorsque je fus appelée, la malade se plaignait, depuis quelque temps, de nausées, de vomissements de matières glaireuses, de douleurs dans la région de l'estomac, symptômes qui étaient considérés comme sympathiques de l'affection présumée de l'utérus.

Je trouvai le museau de tanche un peu tuméfié, situé au centre du vagin. Quoique la malade fût excessivement maigre, il me fut impossible d'atteindre le fond de l'utérus en déprimant la paroi sus-pubienne de l'abdomen. Ce fut du côté du rectum que je le trouvai abaissé sur la paroi postérieure de son col. Je pus saisir l'organe ainsi replié entre le pouce introduit dans le vagin et l'index qui était dans le rectum appuyé sur le coude formé par

(1) Nous avons appris depuis, par M. Rayer, que cette dame était devenue enceinte, et qu'elle avait eu un avortement à trois mois. (B)

la courbure de l'utérus. Il ne pouvait donc me rester le moindre doute sur l'existence de la rétroflexion, et j'en dus naturellement faire remonter l'origine à l'avortement dont il a été question plus haut. J'ai transmis ces documents au médecin et n'ai plus revu la malade. (1)

CHAPITRE III.

RENVERSEMENT OU INTROVERSION DE L'UTÉRUS.

(Voyez pl. XII, fig. 1 et 2; et plus loin, pl. XXXV, fig. 2 et 3.)

Définition. Le changement de forme et de relations, qui constitue l'affection qui doit faire l'objet de ce chapitre, a été long-temps et fréquemment méconnu, et le plus souvent confondu tantôt avec le simple prolapsus de la matrice, tantôt avec les excroissances dont cet organe peut devenir le siége. La confusion que les auteurs modernes ont encore laissée dans la synonymie des maladies de la matrice, serait bien propre à entretenir ces équivoques et à entraver les progrès aussi bien que l'étude de la science. Voilà pourquoi nous préférons le mot nouveau qu'annonce notre titre, à celui de renversement trop souvent appliqué aux simples inclinaisons de la matrice.

L'introversion est cet état dans lequel l'utérus, en tout ou en partie retourné comme un sac ou un doigt de gant, se change en une poche à peu près semblable à la première, mais dont la face péritonéale est devenue intérieure d'extérieure qu'elle était, dont le fond est la partie la plus basse au lieu d'être, comme auparavant,

---

(1) Ce mois de juillet nous avons encore rencontré deux cas d'incurvation de l'utérus : un d'antéversion et l'autre de rétroversion, chez deux jeunes femmes accouchées une seule fois à terme, la première il y a sept ans, et l'autre dix-huit mois (B).

la plus élevée, dont enfin l'ouverture communique avec la cavité abdominale au lieu de répondre au vagin.

Leroux a admis trois degrés dans l'introversion, et cette division a été assez généralement admise quoique Dailliez (1) se soit contenté de la diviser en complète et en incomplète. Il nous paraît utile, à l'imitation de Sauvages, du professeur Delpech (2) et du docteur Perraud (3), d'en reconnaître quatre qui peuvent offrir des données distinctes, soit pour le diagnostic, soit pour le pronostic et le traitement. Ces degrés peuvent être successifs, la maladie commençant par le plus léger, et passant, de proche en proche ou instantanément, à de plus intenses : ils peuvent aussi être stationnaires. *Le premier degré* est la simple dépression du fond de la matrice devenu concave de convexe qu'il devrait être, soit que l'enfoncement ait une forme hémisphérique et une direction bien perpendiculaire à l'axe du viscère, soit qu'il affecte une certaine inclinaison, une forme elliptique, ou que même son fond soit plus élargi que sa circonférence. Cette dernière disposition avoisine le *deuxième degré*, dans lequel le corps de la matrice, retourné, s'est enfoncé dans la cavité du col et fait saillie entre les lèvres écartées du museau de tanche. Dans un *troisième degré*, le col lui-même a été entraîné dans cette évolution à laquelle le museau de tanche seul a échappé. La matrice est logée dans le vagin sous forme d'une tumeur resserrée, comme étranglée à sa partie la plus élevée par l'orifice utéro-vaginal arrondi en forme de bourrelet, d'anneau peu étendu. Mais c'est à tort que Dailliez affirme que cet anneau n'est point susceptible du

---

(1) *Précis des leçons de Baudelocque sur le renversement de la matrice.* Paris, in-8, 1803.

(2) *Précis des Mal. réputées chir.*, t. 3, p. 576.

(3) *Du renversement de la matrice*, thèse de Paris, 1828, n. 250.

même changement de situation que le reste de l'organe ; quand l'introversion est portée au *quatrième degré*, le vagin même est en partie renversé comme il l'est dans le prolapsus, et la matrice vient se montrer pendante entre les cuisses de la malade.

Dans ce quatrième degré, qui est le plus rare de tous, il est ordinaire que la tumeur formée par l'utérus ait plus de volume que ce viscère n'en doit avoir même aussitôt après un accouchement à terme ; c'est qu'alors il est effectivement distendu par des portions d'intestins qui se sont logées, avec les trompes et les ovaires, dans la cavité nouvelle que l'accident a produite. On en connaît plusieurs exemples authentiques, dont le plus ancien est de Stalpart Van der Wiel. Les intestins furent mis à nu, après la mort de la femme, par l'incision de la tumeur pendante entre les cuisses. Baudelocque a observé quelque chose de semblable. On peut voir dans Ruysch la figure d'une pareille tumeur, dont le volume offre près de six pouces de diamètre en tous sens. Une observation détaillée de Levret nous apprend que le sac formé ainsi par la matrice et le vagin retournés était rempli par une portion du rectum, de la vessie et des intestins grêles, les trompes, les ovaires, chez une femme de soixante-dix ans (1). Mais dans les autres degrés, même dans le troisième, l'utérus n'enveloppe point, comme on l'a dit, les trompes et les ovaires, du moins en totalité : ces organes sont, en majeure partie, libres et flottants dans l'excavation pelvienne au-dessus de l'entonnoir dans lequel s'enfonce leur pédicule. On peut s'en faire une idée exacte en examinant les figures annexées à la thèse du docteur Ségard (2), dont l'une est empruntée à Den-

---

(1) *Observations sur les polypes de la matrice*, p. 140.
(2) *Sur les polypes utérins*. Paris, 1804, n. 246.

man, l'autre originale et communiquée par le professeur Chaussier. On y voit l'état des parties dans une introversion ancienne. On les voit représentées à l'état où elles se trouvent peu de jours après la parturition, dans une planche du Répertoire d'anat. et de phys. pathol. (tome II), et dans notre *Atlas* (pl. citées).

Causes. On peut regarder comme une fâcheuse prédisposition à cet accident, sa production déjà effectuée dans une couche précédente, quoique on y ait porté alors promptement et efficacement remède. Plusieurs observations de Amand, de Hoin (1), de Baudelocque et de Ané, en donnent des preuves incontestables. Toutefois cette prédisposition, comme toute autre disposition individuelle, n'agit sur l'utérus que quand ce viscère a été ramolli, distendu par une nouvelle grossesse ou par une autre cause analogue. Quelque laxité qu'on attribue à la fibre des personnes grasses qu'on a supposées, plus que d'autres, sujettes à ce genre d'accident, quelque force de pression qu'on ait accordée à la pesanteur des viscères abdominaux chez ces personnes, l'utérus ne s'invaginera jamais en lui-même, s'il n'a été ramolli, aminci, distendu. Aussi voyons-nous que c'est après l'accouchement ou l'avortement que le plus grand nombre des faits non douteux sur ce sujet, a été observé. On en cite pourtant quelques-uns qui semblent faire exception à cette règle; mais, comme on l'a dit avec raison, les malades n'avaient-elles point intérêt à dissimuler l'origine de leur affection. Des femmes non mariées ont dû naturellement passer sous silence ou nier un accouchement clandestin, solitaire peut-être, et par cela même bien propre à amener un semblable accident, comme nous le dirons bientôt. Si, dans quelques circonstances, un homme instruit a pu assister, pour ainsi dire, à l'origine d'une introversion

(1) *Mémoires de l'Acad. de chir.*, t. III, p. 376.

sans grossesse préalable, il n'est pas difficile, en analysant les détails qui nous ont été transmis, de reconnaître que du moins il y avait eu, ou certainement ou très probablement, un autre mode de distension des parois de la matrice. On ne peut s'y méprendre dans les deux observations de Leblanc rapportées par Sabatier, puisque l'hémorrhagie avait précédé le renversement, et qu'une suppression des menstrues avait, dans l'un de ces cas, précédé l'hémorrhagie même. Sans doute il y avait eu effusion de sang dans l'utérus, distension, puis expulsion, ramollissement, inertie, etc. Dans le deuxième cas relaté par ce chirurgien, c'est dix jours seulement après l'accouchement que l'accident s'est produit : Ané et Baudelocque l'ont vu paraître au treizième jour ; mais, en supposant qu'il n'y ait pas eu, comme le pensent ces derniers observateurs, un commencement d'introversion dans les premiers jours de la couche, ne sait-on pas que l'utérus peut devenir le siége d'un molimen hémorrhagique, avec ramollissement et distension, au huitième, au quinzième jour, s'il est resté dans sa cavité quelque caillot, quelque lambeau de membranes (1)? Nous-même avons trouvé sur le cadavre de femmes mortes de pertes de sang réitérées, l'utérus mou, élargi, se laissant facilement retourner, quoiqu'il n'y eût dans son intérieur que quelques petits polypes (B). Toutefois M. Boyer a donné la relation d'un cas dans lequel il ne pense pas qu'on puisse supposer la préexistence d'une distension avant le renversement. Il s'agit d'une femme qui n'avait pas eu d'enfants depuis quinze ans, et dont la matrice ne contenait aucun corps étranger. Toujours elle avait été bien réglée, elle l'était encore à quarante-cinq ans lorsqu'elle s'aperçut d'une tumeur qui s'avançait à l'orifice du vagin et finit à la

(1) Madame Lachapelle ; *Prat. des Accouchements*, t. II, p. 378.

longue par dépasser la vulve d'environ huit ou dix lignes. Le renversement fut constaté; il était au troisième degré. Est-il bien certain que ce déplacement, qui s'est complété d'une manière si graduelle, n'ait pas eu pour première origine l'accouchement même. Si, de cette invagination incomplète, il n'est pas résulté, pendant de longues années, de dérangement bien notable dans la santé, cette particularité n'est point en contradiction avec l'observation, puisque d'autres femmes ont porté long-temps, sans danger, des introversions bien plus considérables; témoin la femme observée par Delamotte (*Obs.* 412), et qui portait un renversement complet depuis environ trente ans; témoin encore celle de Levret, dont il a été question plus haut (*Définition, quatrième degré*). Enfin, Baudelocque dit avoir observé l'introversion chez une fille de quinze ans, dont l'hymen était intact (*Dailliez*, p. 38). La chose lui paraissait à lui-même si singulière, qu'il ne l'expliquait que par l'effet d'une conformation congénitale; peut-être, comme l'a pensé M. Dubois, a-t-il été induit en erreur par un polype descendu dans le vagin. Il n'est pas douteux du moins, comme nous le prouverons plus loin, que des erreurs analogues n'aient été fréquemment commises.

La distension préliminaire de l'utérus n'est, on doit le sentir, une prédisposition réelle à l'invagination, qu'autant que le viscère, devenu totalement ou presque totalement vide, conserve une certaine mollesse, une flaccidité semblable à celle qu'on voit quelquefois après l'accouchement, et qu'on appelle alors inertie. C'est dans de pareilles circonstances que des efforts inconsidérés de la femme, pour l'expulsion du placenta, par exemple, peuvent, en raison de la pression des intestins sur le fond de l'organe, en produire la dépression d'abord (1), et plus tard le

(1) Nous avons vu une dépression produite par l'angle sacro-vertébral

renversement. De nombreux exemples ont été réunis, pour le prouver, dans la brochure de M. Dailliez. Le renversement s'opérera sur-tout alors avec facilité si l'on tire brusquement, inconsidérément sur le cordon ombilical avant que le placenta soit décollé; et des tractions violentes ont maintes fois retourné complétement même un utérus inerte sans doute, mais qui n'était auparavant déprimé dans aucun de ses points. Les exemples en fourmillent dans les recueils d'observations : aussi, la plupart du temps, est-ce à des manœuvres imprudentes qu'on a attribué cet accident.

Il peut survenir néanmoins entre des mains habiles et circonspectes. Une contraction irrégulière, partielle, telle que celle qui produit l'enkystement du placenta peut circonscrire une portion inerte et la froncer, la pousser en dedans au lieu de l'étrangler au-dehors : Astruc en avait hypothétiquement énoncé la théorie, et l'expérience en a prouvé la justesse. L'un de nous a pu voir, à la Maternité, une femme chez laquelle, durant une hémorrhagie utérine causée par l'inertie incomplète de l'utérus après l'accouchement, le fond de ce viscère s'enfonçait dans sa cavité en forme de calotte : bientôt l'inertie ayant cessé, la dépression se releva spontanément; mais le fond fut de nouveau trouvé déprimé à l'ouverture du cadavre, la femme n'ayant guère survécu qu'un jour à la faiblesse occasionée par la perte (D).

Ce n'est pas seulement le tiraillement du cordon ombilical attaché à un placenta adhérent qui peut renverser l'utérus. Un polype volumineux commence par distendre ce viscère; puis, s'il est fixé vers son fond, il entraîne avec lui cette région de l'organe à mesure qu'il en parcourt la cavité et en franchit l'orifice. Cette sorte d'ac-

---

d'un bassin difforme; cette disposition ne fut reconnue que sur le cadavre (B).

couchement est quelquefois instantanée, et parfois même on a aussi produit artificiellement cette introversion à l'aide du forceps ou de divers crochets pour faciliter l'ablation de l'excroissance; mais, le plus souvent, ce déplacement est lent, graduel; et l'on peut voir, dans l'une des planches de Denman, copiée par Ségard (l. c.), l'état dans lequel se trouvent alors les parties : l'utérus, dans cette planche, semble plutôt froncé, plissé, écrasé, que retourné.

Il semble que, pour produire une introversion complète, le polype ne puisse trouver jamais les parties mieux disposées qu'après la parturition, quand il coexistait avec la grossesse; et cependant aucun des exemples à nous connus de cette complication n'a été suivi d'une introversion, du moins immédiate (1).

Symptômes. Diagnostic. 1° Au moment même où l'accident se produit, s'il s'opère brusquement, la malade et l'accoucheur peuvent faire quelques observations propres à éclairer ultérieurement le diagnostic. De la part de la première, sur-tout si elle ne se livrait à aucun effort notable, c'est une secousse violente dans le bassin, un tiraillement considérable vers le bas, avec sensation instantanée d'une plénitude extraordinaire du côté du vagin. La douleur est quelquefois fort vive, s'élevant dans les reins, les aines, etc.; et souvent une syncope, suivie ou non de plusieurs autres, est l'effet tant de la douleur même que du tiraillement, de la gêne subite éprouvée par le plexus nerveux de l'utérus et des ovaires. De son côté, la personne qui secourait la malade dans sa couche, si elle exerçait des tractions sur le cordon ombilical (2), aura pu sentir ce cordon céder brusquement sans pourtant se rompre, une grosse tumeur, plus

(1) Voyez en particulier *Mém. de l'acad. de Chirurgie*, t. III, p. 480.

(2) Nous avons vu un ou deux cas dans lesquels, en tirant sur le cordon

arrondie, plus consistante, plus volumineuse que n'est ordinairement le placenta, se précipiter sur l'orifice utérin, le franchir en partie, ou même en totalité, parfois aussi s'échapper hors de la vulve. Dans ce cas, les yeux suffisent pour faire reconnaître que le placenta englobe la tumeur à laquelle il adhère de toutes parts, ou par quelques-uns de ses points seulement; son cordon ombilical, ses veines et artères rameuses et saillantes, ses membranes, son tissu spongieux, ne permettent point de le méconnaître (1). Si aucune tentative n'était alors exercée pour hâter la délivrance, ou si déjà elle avait eu lieu, l'homme de l'art, averti par les efforts et les sensations de la femme, reconnaîtrait, par la vue ou par le toucher, les mêmes circonstances, avec cette différence que la tumeur serait moins volumineuse, moins mollasse encore, et plus lisse, si le placenta était sorti. L'exploration de l'hypogastre à travers ses parois, pour peu qu'elles soient amincies, viendra empêcher les équivoques auxquelles pourraient donner lieu, et la réplétion des membranes de l'œuf par des caillots du sang liquide retenu par la présence du placenta sur l'orifice utérin, et la complication de quelque polype ou môle avec la grossesse qui vient de se terminer. L'hypogastre sera vide de cette tumeur molle ou dure, volumineuse encore, ou déjà médiocre, que constitue l'utérus débarrassé ou non des secondines; et, en enfonçant les doigts vers le centre de l'excavation, on pourra atteindre la matrice : on reconnaîtra la déformation à la cavité infundibuliforme que son fond présente. Dans des cas où les choses marchent avec quelque lenteur,

---

ombilical, on produisait évidemment au fond de la matrice une dépression qui indiquait assez l'aptitude du viscère à l'introversion. On attendit assez long-temps pour lui permettre de se bien contracter, de bien décoller le placenta et d'en préparer l'expulsion. Nul accident n'est survenu, grâce à ces sages précautions (D).

(1) *Voyez* Amand, *obs.* 62; Leroux, p 58; Dailliez, p 47, 48, etc.

on reconnaîtra aisément une simple dépression hémisphérique s'excavant de plus en plus, offrant des bords plus tranchants, plus saillants, soit uniformément, soit surtout d'un côté quelconque : on sentira plus tard le contour de ces bords se rétrécir à mesure que la cavité devient plus profonde, et que tout le viscère s'enfonce davantage. Ce que nous venons de voir s'opérer sous les doigts de l'observateur s'opère, à ce qu'il paraît, quelquefois plus lentement encore, en plusieurs jours, en plusieurs mois, en plusieurs années peut-être, comme dans le cas rapporté par M. Boyer. Dans une des observations d'Ané et Baudelocque, on a pu penser que le premier degré s'était produit le troisième jour de la couche, la malade s'étant imprudemment levée alors, et que l'introversion ne s'était complétée qu'au treizième, à l'occasion d'efforts répétés.

Mais, dans tous les cas, et l'on peut dire même dans tous les degrés du déplacement, quoique en général proportionnel à ce degré, un symptôme qui ne manque presque jamais, c'est l'hémorrhagie : hémorrhagie toute semblable à celles que l'inertie amène après la parturition, et qui vient effectivement de la même source, l'ouverture béante des sinus utérins. En effet, nous avons vu que l'inertie est une condition indispensable à la production du renversement, et, comme le remarque Leroux, l'inertie, d'abord cause du mal, est ensuite entretenue par lui à raison de l'impossibilité où se trouve la matrice de se contracter régulièrement, complétement, comme dans l'état normal. Aussi, si par moment l'hémorrhagie s'arrête, ce n'est, pour l'ordinaire, qu'une stase passagère et bientôt suivie d'une nouvelle rechute.

Ce n'est effectivement qu'à la longue, si la malade ne succombe pas aux accidents primitifs, que la matrice se condense et se resserre, restant ordinairement plus volumineuse, devenant au contraire quelquefois plus petite

que dans l'état normal ; mais presque toujours alors même l'habitude des hémorrhagies persiste ; les orifices des sinus ne se sont pas oblitérés, comme dans l'état normal, à l'aide des caillots adhérents dont nous avons parlé ailleurs (Introduction), et le sang en découle, soit perpétuellement, soit par intervalles, avec plus ou moins d'abondance. Bien rarement ce suintement est purement muqueux, ou tout au plus puriforme. Nous en citerons un exemple qui nous est propre. On peut y joindre celui que le professeur Boyer a tiré de sa pratique, ceux de Levret et de Delamotte dont il a déjà été question, et dans l'un desquels (*Delamotte*) la tumeur était sèche et sans doute devenue comme cutanée. Si des intestins sont brusquement ou graduellement descendus dans la matrice retournée (1), ainsi qu'on l'a vu dans les deux cas que je viens de citer, et dans quelques autres mentionnés plus haut ; ou si, sans cette complication même, la matrice est assez descendue pour que la tumeur reste au-dehors, on a, pour le diagnostic dans ce quatrième degré, un premier élément qui manque aux trois autres, celui de la vue ; mais la gêne mécanique produite par la présence de l'utérus dans le vagin ; la pesanteur que sent la femme sur le rectum et la vessie ; les tiraillements dans les aines et les lombes ; et par-dessus tout, des hémorrhagies répétées décident bientôt, dans les trois autres degrés du renversement, la malade à se faire examiner ; et voici alors ce que l'on observe, suivant le degré auquel le désordre est arrivé.

1° Toucher vaginal. *Dans le quatrième degré*, la tumeur, qu'on peut palper même au-dehors, est ordinairement volumineuse, mollasse, en partie réductible,

---

(1) On a parlé hypothétiquement de l'étranglement de ces intestins dans la matrice retournée et rétrécie ; aucun exemple connu n'a établi la possibilité de cet accident.

d'un rouge-brun et sanglant, humide, au moins dans les premiers temps, quelquefois plus pâle et desséchée à la longue, augmentant et diminuant par intervalles, quand elle renferme des portions d'intestins ; le doigt, insinué entre sa surface et les parois du vagin, arrive à un cul-de-sac situé à une hauteur variable et toujours précédé d'un bourrelet circulaire, saillant sur le pédicule de la tumeur auquel il appartient. *Dans le troisième degré*, la tumeur, moins considérable et cachée, peut être néanmoins observée par l'œil au moyen du spéculum : on lui trouve alors une surface lisse, humide, d'un rouge foncé, et souvent parsemée d'ecchymoses ; quand l'accident est récent, on peut même y reconnaître les orifices des sinus utérins donnant passage à du sang ; mais on n'y rencontre rien qui ressemble au museau de tanche, non plus que dans le cas précédent ; le toucher apprend également qu'il n'occupe point le bas de la tumeur, ce qui la distingue bien nettement d'une matrice en prolapsus. Ce qui l'en distingue mieux encore, c'est la hauteur à laquelle le doigt peut remonter entre elle et le vagin ; il arrive ainsi, lorsque de l'autre main on déprime l'hypogastre, jusqu'au museau de tanche représentant un anneau qui couronne le fond du vagin et embrasse, *sans lui adhérer*, le pédicule de la tumeur ; en effet, le doigt peut passer entre l'anneau et le pédicule, mais il est bientôt arrêté par un cul-de-sac circulaire. Cette dernière circonstance peut servir à faire distinguer l'introversion et le polype ; car, si celui-ci prend naissance du fond de la matrice, le doigt ou un stylet pourront s'enfoncer profondément et de tous côtés, entre lui et le pédicule de la tumeur ; s'il naît des parois du col, on se trouvera bien arrêté d'un côté par un cul-de-sac, mais, de l'autre, point d'obstacles. *Le deuxième degré* offrira, sous le rapport du toucher vaginal, de plus grandes incertitudes. En effet, l'orifice utérin entr'ou-

vert ne permettra alors au doigt de sentir qu'une convexité équivoque, séparée des parois du col par un espace étroit mais profond. Le toucher vaginal en apprendrait moins encore dans le *premier degré* ou simple dépression, à moins que, la parturition étant encore toute récente, on ne pût introduire la main entière dans l'utérus. S'il n'en est pas ainsi, l'exploration de l'hypogastre peut seule donner quelques lumières sur la source et la cause des accidents.

2° En palpant la région hypogastrique, après avoir vidé la vessie et mis dans le relâchement les muscles abdominaux, on reconnaîtra, dans le quatrième et même le troisième degré, que l'utérus a complétement disparu de son siége habituel; il ne pourra plus être atteint par les doigts qui dépriment les parois abdominales; mais, dans le deuxième et le premier degré, on sentira, comme nous le disions tout-à-l'heure, ou la dépression même, fond et bords, ou les bords seulement, mais tout le contour de l'introversion; ou, quelquefois encore, une partie de ce contour sera seule accessible sous la forme d'un bord anguleux, transversalement placé derrière les pubis (*Leroux*, p. 60). Cette exploration permettra aussi de constater les progrès du mal ou sa guérison.

3° Le toucher rectal pourra aider quelquefois au diagnostic, en confirmant ce que le toucher vaginal apprend. Il aurait pu sans doute jeter quelque jour sur la vraie nature du cas observé par Baudelocque chez une jeune fille encore vierge.

Pronostic. C'est toujours un accident grave et souvent mortel qu'une introversion de l'utérus. A la vérité, prévue, reconnue immédiatement par un homme instruit au moment où la parturition s'achève, elle peut se réduire sans grande difficulté et laisser en sûreté l'existence et la santé de la femme. Toutefois on a encore à craindre

les récidives, soit dans les jours subséquents (*Leblanc*, au dixième jour), soit à quelque couche ultérieure (*Ané* cité par *Dailliez*). Méconnue, négligée, l'introversion peut devenir mortelle en peu d'heures, par suite de l'hémorrhagie effrayante qui en est la suite, sur-tout dans les degrés extrêmes. Plus d'une autopsie cadavérique a fait reconnaître une introversion devenue ainsi mortelle et dont on ne s'était pas aperçu durant la vie, faute de recherches suffisantes. Cette hémorrhagie peut tuer même quand il n'existe qu'une simple dépression, et on en peut citer, entre autres preuves, l'observation deux cent trentième de Mauriceau. La mort immédiate ou presque immédiate, c'est-à-dire survenant peu de jours après la production de l'accident, peut dépendre encore des douleurs, des convulsions, des syncopes causées par la violence même qu'a subie l'utérus, sur-tout si des mains ignorantes l'ont tiraillé, lacéré, le prenant pour un polype ou pour une môle. En pareil cas, l'hémorrhagie s'étant arrêtée, a quelquefois fait place à l'inflammation et celle-ci à la gangrène favorisée par une sorte d'étranglement du corps dans le col qu'il traverse (*Millot*, d'après *Levret*). Toutefois la malade n'a pas toujours succombé à cette gangrène : on cite, au contraire, quelques exemples de guérison après la chute spontanée ou aidée du viscère mortifié (1).

Quand la déformation n'est point primitivement portée au plus extrême degré, et qu'aucune tentative de réduction n'a été faite, il arrive, le plus souvent, que l'hémorrhagie, après avoir diminué, s'arrête pour se reproduire à diverses reprises. Cette hémorrhagie n'est effectivement pas toujours excessivement copieuse: aucune des femmes chez lesquelles le professeur Baudelocque a été témoin

(1) Rousset, p. 354. Ruleau, *Opér. cés.*, p. 238.

du renversement, dit Dailliez, n'a perdu au-delà de deux à trois palettes de sang. Dans de telles circonstances, l'inertie sans doute cesse bientôt malgré la disposition anormale de l'organe. L'utérus alors se condense d'abord, se resserre de plus en plus par la suite, s'atrophie même quelquefois, et le mal reste stationnaire; ou du moins, s'il fait des progrès, c'est sans conséquence grave pour la santé. Nous avons cité plus haut quelques faits à l'appui de cette assertion. Une des femmes dont nous avons parlé alors, d'après Delamotte, ne se plaignait que de gêne et d'une grande sensibilité au froid. La stérilité, l'impuissance même, semblent, en pareil cas, inévitables et la fécondation impossible. Il paraît cependant que l'imprégnation a pu quelquefois s'opérer et même un embryon se former, se conserver quelque temps, sans doute dans l'une des trompes. Le seul exemple, bien constaté, qu'on possède d'un pareil fait, est dû au docteur Chevreul, d'Angers, qui l'a communiqué à Baudelocque (*Dailliez*). Encore pourrait-on se demander s'il n'existait pas là un double utérus, dont un lobe seul en état d'introversion. Les cas dont il vient d'être question, je veux dire ceux où l'introversion semble peu grave, ne sont pas à beaucoup près les plus ordinaires. La plupart du temps des hémorrhagies répétées et presque continuelles épuisent les malades; rarement survivent-elles au-delà de deux ou trois années à l'accouchement qui fut l'occasion de leur mésaventure; et l'on n'en citerait guère d'exemples pareils à celui de la vingt-sixième observation de Dailliez, où, malgré les hémorrhagies, la femme vivait encore après onze ans de souffrance. Ce qui rend le pronostic si fâcheux dans ces conjonctures, c'est que la réduction cesse promptement d'être possible: nous verrons plus bas qu'on la tenterait vainement dès que quelques semaines se sont écoulées, tant la matrice a pris alors de consistance, tant elle s'est resserrée, condensée dans sa

forme nouvelle; on romprait plutôt son tissu que d'y parvenir. Chez une femme dont madame Lachapelle nous a quelquefois entretenu, chaque fois qu'elle voulut essayer un revirement qui ne lui semblait pas impraticable, la malade éprouva de telles douleurs, fut menacée de tels accidents, qu'il fallut s'arrêter au plus vite dans la crainte de lui donner la mort au lieu de la guérison. Et cependant, chose étonnante, cette guérison s'est quelquefois opérée, même après une longue durée de la maladie, et sans les secours de l'art. Les exemples en sont rares, mais il en est de bien positifs. Une introversion, reconnue par Leroux de Dijon, se serait spontanément dissipée, si l'on s'en rapporte au témoignage d'un chirurgien de la même ville (*Dailliez*, p. 35); deux fois la réduction s'est opérée brusquement dans la secousse et les efforts d'une chute. Sans doute, dans les mouvements involontaires occasionés par la perte de l'équilibre, les muscles abdominaux ont entraîné, excité la contraction des cordons sus-pubiens avec lesquels ils sont en continuité de substance par quelques-uns de leurs faisceaux inférieurs; de là, traction violente du fond de la matrice vers le haut, et retour instantané à sa situation naturelle; telle est du moins la seule explication plausible qu'on puisse donner de ce phénomène. On sent qu'il deviendrait absolument impossible, si des adhérences, suite d'inflammation aiguë ou chronique, avaient uni ensemble les parois de la cavité accidentelle formée par l'utérus en introversion; cavité qui pourrait, d'après Leroux, s'oblitérer totalement, ou du moins s'obstruer au niveau du pédicule.

Traitement. Nous avons assez fait entendre, dans le paragraphe précédent, que la réduction était possible pendant un certain temps, et que cette opération était le plus sûr moyen d'épargner à la femme les dangers immédiats qu'elle court, et les désagréments futurs d'une déformation qui ne tarderait pas à devenir indélébile.

La réduction, quant à son mode et aux limites de sa possibilité, nous offre d'abord deux circonstances essentiellement différentes et qui peuvent fournir chacune matière à des questions importantes; dans l'une, le placenta adhère encore à la matrice renversée; dans l'autre, la délivrance est achevée.

Dans le premier cas, l'hémorrhagie est quelquefois moins redoutable que dans le deuxième, parce que le placenta s'applique sur les bouches utérines que son ablation doit laisser à découvert; mais il faut pour cela qu'il soit adhérent de toutes parts. C'est sur-tout pour cette raison que quelques praticiens (1) voudraient réduire l'utérus avant de décoller le délivre : ils trouvent à cette manœuvre un autre avantage, celui de préserver le viscère des effets d'une pression trop rude immédiatement exercée sur sa substance; mais on peut objecter à cette pratique 1° que, si le placenta est adhérent, son décollement sera bien plus difficile après la réduction; 2° que cette réduction est par elle-même assez difficultueuse pour qu'on n'y apporte pas de nouveaux obstacles en ajoutant à la masse de l'utérus celle du placenta; 3° que, en procédant avec promptitude, on n'aura pas lieu de craindre que l'hémorrhagie puisse devenir mortelle. Si cet accident est arrivé dans un cas communiqué à M. Ferrand par le professeur Delmas, c'est que le praticien appelé d'abord près de la malade, mit dans ses manœuvres une lenteur dont il ne sentit que trop tard les funestes conséquences. Des praticiens plus expérimentés n'ont pas eu à redouter des suites aussi funestes; ils ont réduit sur-le-champ, après avoir avec facilité détaché le placenta : tel est, entre autres, le cas cité par Leroux d'après les leçons orales de Levret.

---

(1) *Voy.* Ferrand, thèse citée, p. 39.

Après la délivrance, jusqu'à quelle époque peut-on se promettre de réussir dans ces tentatives de réduction? Certes le plus tôt est le mieux, mais on n'est pas toujours maître de choisir ses moments; quelquefois même il peut être prudent de retarder l'opération pour la rendre plus facile et moins dangereuse; lorsque, par exemple, le viscère est enflammé, couvert de taches gangréneuses, soit par suite du contact de l'air et de l'étranglement causé par son col, soit par l'effet de violences exercées sur lui. Lauverjat et Hoin, dans de telles circonstances, ont commencé par l'emploi des antiphlogistiques, des bains, etc.; puis ils ont obtenu la réduction, l'un au dixième ou douzième jour, l'autre au troisième après l'accouchement. Chopart a également réduit un utérus renversé depuis huit jours et offrant des marques de gangrène, paraissant même sphacélé, dit-on. La guérison a été rapide chez ces trois femmes.

A une époque bien plus éloignée, ne pourrait-on pas, à l'aide de quelques autres moyens préparatoires, obtenir les mêmes résultats? Millot, attribuant l'irréductibilité à la constriction exercée par le museau de tanche, a proposé de le débrider par l'incision, et M. Nauche aurait employé ce moyen dans un cas dont il donne la relation, s'il eût pu atteindre à cette partie. Dans un cas désespéré, où la souplesse de l'utérus semblerait promettre un revirement facile, ce débridement serait assez rationnel; mais, avant d'en venir là, nous voudrions qu'on essayât d'une méthode plus douce. L'expérience a prouvé la justesse des présomptions que l'analogie avait dictées à Chaussier sur les effets de la Belladona appliquée à l'utérus et sur-tout à son orifice vaginal; une pommade chargée de l'extrait de cette plante facilite singulièrement l'ampliation de cet orifice dans les cas de rigidité durant la parturition : ne serait-ce pas ici le cas d'en couvrir, momentanément ou à diverses reprises,

et la tumeur et l'anneau qui en étrangle le pédicule?

Ces soins préliminaires ne sont pas les seuls qu'on puisse mettre en usage pour favoriser le retour de l'utérus à sa forme naturelle. Le viscère retourné contient-il des intestins? on les refoulera par une compression méthodique exercée de bas en haut; la matrice même est-elle engorgée sans inflammation notable? on pourrait chercher, par une compression soutenue, à diminuer son volume, celui sur-tout de ses parties les plus basses, conseil déjà donné par Desault (*Desormeaux*, *Dict. de Méd.*). Celle-ci pourrait être accessible à un petit bandage dans le quatrième degré; dans le troisième, on pourrait encore la serrer entre les mors largement fenêtrés d'une pince garnie d'une toile modérément tendue; ne pourrait-on pas même alors exercer la compression continue de bas en haut, en tamponnant le vagin, en appliquant et soutenant assidument un pessaire à large cuvette et à tige, comme le pessaire en bilboquet? Qui sait si l'on n'obtiendrait pas, à l'aide de cette pression lente et continue, une réduction graduelle alors même qu'une réduction instantanée est impossible ou contre-indiquée? On chercherait en même temps à stimuler les cordons sus-pubiens par des moyens énoncés déjà dans les chapitres précédents, moyens auxquels il faut joindre le galvanisme, dont les commotions pourraient bien produire le même effet que les secousses mécaniques qui ont quelquefois procuré une guérison inattendue.

Supposons maintenant les circonstances favorables à la réduction, et disons comment on doit y procéder. Faut-il employer des repoussoirs mécaniques? Faut-il laisser dans l'utérus une spatule de bois couverte de linge, pour empêcher la récidive? L'expérience a prouvé l'inutilité des premiers; le raisonnement indique assez les dangers attachés au deuxième de ces procédés: la main, les doigts, ont toujours suffi à un opérateur tant

soit peu habile. Levret s'est servi du poing, Baudelocque de quelques doigts seulement. Cela doit varier selon le volume de la tumeur et la consistance qu'elle a acquise. L'enduire d'un corps gras peut être une précaution utile; la repousser, en appuyant sur son fond, est une manière d'opérer qui réussira si les parties sont molles et dilatables vers le pédicule de la tumeur. Dans le cas contraire, on aplatit alors le fond, sans vaincre la résistance du col. Il vaut donc mieux, en pareil cas, saisir entre les doigts la partie la plus voisine de ce pédicule, et la repousser; puis, successivement, renfoncer ainsi toute l'étendue de la tumeur, comme on le fait pour les hernies étranglées (*Deleurye*, cité par *Baysselance; Delmas*, cité par *Ferrand*, pag. 42 et suivantes) (1). Moyennant ces précautions, il est probable qu'on ne sera jamais forcé de déployer, dans ces occasions, une force aussi considérable que le jugea nécessaire un chirurgien anglais, qui prit, à cet effet, son point d'appui contre la muraille voisine (2).

Durant ces efforts exercés du côté du vagin, l'autre main doit s'appliquer sur l'hypogastre, non-seulement pour suivre les effets de ces manœuvres opératoires, mais encore pour soutenir le contour de la dépression, empêcher le viscère de s'élever en totalité et sans changer de forme, en un mot, pour seconder sa congénère, en fournissant un point d'appui aux tentatives qu'elle fait pour remettre à sa place le fond de la matrice.

---

(1) Nous avons été témoins de l'une des réductions opérées par le professeur Baudelocque : il suivit un procédé mixte; commençant par faire rentrer, en les pressant et les refoulant successivement, les portions les plus voisines du pédicule ; puis, quand le fond seul resta renversé, il le repoussa en totalité du bout des doigts. La matrice était fort molle et se laissait malaxer avec beaucoup de facilité ; aussi la réduction ne demanda-t-elle aucun effort sérieux (B).

(2) *Bibl. médic.*, t. XLVII, p. 271.

Lorsqu'on est parvenu à faire rentrer dans le col tout le corps de l'organe, la réduction peut bien n'être pas complète encore, et le mal réduit seulement à son deuxième, à son premier degré. La main qui s'est glissée dans le vagin, doit alors franchir en tout ou en partie (quelques doigts) le col de l'utérus, s'y introduire même tout entière, si la parturition est récente, et y séjourner jusqu'à ce que des contractions bien fortes l'en chassent, pour ainsi dire, tout en rendant à l'organe et sa forme et sa fermeté.

La contraction de la matrice peut seule effectivement soutenir la réduction artificiellement opérée ; elle peut même l'opérer à elle seule dans le premier degré, dans la simple dépression. C'est ce dont nous avons été témoin, et c'est ce qu'on cherchera à obtenir, dans les mêmes circonstances, en frictionnant l'hypogastre, en excitant du doigt les lèvres de l'orifice utérin, en appliquant des linges froids et mouillés sur l'hypogastre et les cuisses, enfin, en injectant dans la cavité du viscère un liquide de température peu élevée, si l'hémorrhagie est inquiétante et l'inertie opiniâtre.

Dans tous les cas, on recommandera, pendant plusieurs semaines, un repos absolu, le décubitus dorsal, etc. On sait quels effets fâcheux ont pu produire la station, la marche et sur-tout les efforts. Aussi, durant l'opération, doit-on également mettre en usage l'attitude la plus propre à les prévenir : coucher la femme sur le dos, faire élever le bassin plus que les épaules, etc. : on y trouve de plus l'avantage d'opérer avec plus d'aisance.

Quand l'irréductibilité est bien manifeste, l'art offre bien peu de ressources, même pour pallier les effets du mal. Les astringents les plus actifs, le froid, etc., ont été vainement employés sous toutes les formes, pour condenser, tanner, en quelque sorte, l'utérus, et arrêter les hémorrhagies. Le tamponnement permanent ne serait

point supportable ; mais peut-être une compression directe sur l'utérus, même sans produire cette réduction lente dont nous parlions plus haut, en amènerait-elle du moins l'atrophie. Enfin, n'eussent-ils aucun autre effet avantageux, le pessaire ou les éponges serviront encore à soutenir la matrice, et empêcheront le mal de s'aggraver, diminueront d'ailleurs les tiraillements, les pesanteurs qui ajoutent leur incommodité à celle de la faiblesse où les pertes fréquentes réduisent les malades.

C'est la conscience bien sentie du danger résultant d'une introversion irréductible, qui a engagé plusieurs praticiens à tenter l'ablation de l'organe, soit par l'excision, soit par la ligature. Voyons sur quelles observations on peut appuyer ce précepte. Deux hommes véridiques et recommandables par leur savoir, ont publié chacun un fait de renversement, suivi d'excision de l'utérus sous la main de personnes ignares. Les pièces ont été examinées avec soin, et l'une des deux femmes, très bien portante malgré cette opération, était ordinairement présentée par Osiander à ses élèves; l'autre, non moins complétement guérie, a été l'objet d'une dissertation de Wrisberg (1). Plus anciennement, Carpi avait rapporté un fait pareil. La ligature a été plus souvent employée, dans ces sortes de cas, par les gens de l'art : Rousset en relate deux exemples, suivis de succès, pour des renversements anciens. On en trouve d'autres rapportés dans les journaux de Médecine, comme ceux de Faivre (2), de Newnham (3), de Granville, Gooch, etc. (4). Mais, dans les deux premiers de ces trois faits, la nature de la tumeur ne paraît pas avoir été suffisamment constatée,

(1) *De uteri resectione*, *etc.* Gott., 1787.
(2) *Journ. de Méd.* Août, 1786.
(3) *Journ. univer. Sc. méd.* Septembre, 1818.
(4) *The Lond. med. and surg. Journ.* 1828.

et dans le troisième, la guérison ne pouvait encore passer pour assurée quand on a publié l'observation. Celle du docteur Chevallier, communiquée à Merriman, est beaucoup plus complète et plus positive ; il n'y manque que les résultats de l'autopsie, la femme étant morte plusieurs années après l'opération, et, comme on pense bien, par une toute autre cause.

Mais on n'a pas toujours été aussi heureux à beaucoup près. Sans parler des cas où la mort a suivi des dilacérations dues à des mains aussi grossières que barbares, l'excision méthodique de l'utérus renversé a été suivie de la mort, au bout de quelques jours, quoique faite par l'accoucheur Deleurye (*Dailliez*, p. 104). La ligature appliquée sur le pédicule d'un utérus renversé par un polype, amena la mort au bout de dix-sept jours, et l'autopsie confirma le diagnostic porté par Goulard. La même opération, dans un cas analogue, eut le même résultat chez une femme opérée par Baudelocque et Desault. Enfin, la ligature de l'utérus renversé et pris pour un polype, a été mortelle deux fois encore, à notre connaissance: une fois à Lyon, entre les mains du docteur Rey et sous les yeux de Marc, Ant. Petit, une autre fois à Paris. Dans le premier cas, la ligature n'avait cependant été laissée en place que quelques instants ; la douleur qu'elle causait avait déterminé à l'enlever. Dans le deuxième, cette opération, pratiquée par un jeune chirurgien, n'a pas produit des accidents aussi rapides ; il en est même résulté la gangrène et la chute de l'utérus ; mais la mort est survenue peu de jours après (*Boyer*, t. x, p. 510). Sur une femme dont la perte était imminente, le professeur Dubois essaya d'étrangler l'utérus par une ligature ; l'hémorrhagie s'arrêta, mais bientôt des symptômes graves forcèrent l'opérateur à enlever le fil qui serrait le pédicule de la tumeur. Peut-être, comme quelqu'un l'a conseillé, pourrait-on employer avec fruit ces constric-

tions intermittentes, et même atrophier ainsi par degrés la matrice ; peut-être aussi exposerait-on la femme à des accidents dont le retour pourrait enfin lui devenir funeste. Somme toute, dans les cas désespérés, la ligature offre une dernière ressource, ne fût-ce que comme palliatif.

Nous avons réduit de beaucoup le nombre des prétendues extirpations de matrices renversées, et dans le nombre de celles que nous avons données comme réelles, se trouvent quelques faits douteux. C'est que, en effet, on a souvent commis, à ce sujet, des erreurs par fois singulières, mais plus souvent excusables.

Nous ne pouvons porter un autre jugement du fait publié (1) par Baxter. La matrice avait, dit-on, été entraînée au-dehors dans une délivrance violente, et elle y était restée ; mais ce ne fut que cinq semaines après cet accident que la tumeur, enflammée, ulcérée par suite de la chute de quelques eschares gangréneuses, fut soumise à l'observation de ce chirurgien. Persuadé qu'il avait à faire à un renversement, et ne voyant d'autre ressource, pour sauver la malade, que de la débarrasser d'une tumeur qui semblait devoir la faire périr de marasme, en raison de l'écoulement ichoreux dont elle était le siége, le docteur Baxter en traversa le pédicule avec une aiguille, fit deux ligatures et enleva la tumeur au-dessous d'elles. On ne trouva à cette tumeur ni cavité, ni rien de semblable à des trompes ou des ovaires; le tout ne représentait qu'une *masse solide et squirrheuse*. La malade guérit, et deux fois déjà, à l'époque où ce docteur écrivait, elle avait été imparfaitement *menstruée*. On peut, sans être taxé d'incrédulité, rapporter cette observation aux cas des squirrhes du col de l'utérus, compliquant la grossesse ; peut-

(1) *Ann. de litt. méd. étr.*, t. XV, p. 578.

être aussi n'était-ce là qu'un polype naissant du col ou du museau de tanche. C'est en effet à ces sortes d'excroissances qu'ont été dues la plupart des équivoques où sont tombés, à ce sujet, des observateurs même d'un mérite non contesté. Nous avons vu un cas où l'erreur eût été d'autant plus facile, qu'une partie du placenta s'était insérée sur une large portion d'un volumineux polype (B). On peut lire, dans le troisième volume des Mémoires de l'académie de Chirurgie, les faits que Levret a empruntés à différents chirurgiens, et dans lesquels on a reconnu qu'on avait enlevé non la matrice, mais un polype; telle est sur-tout celle de Hoin. Le polype était creux, et le père de ce praticien l'avait pris, même après l'extirpation, pour la matrice; mais la femme fut de nouveau menstruée, et même avorta par la suite. Deux autres exemples de polypes creux et volumineux qu'on eût pu prendre pour l'utérus renversé, sont encore cités par Levret d'après Cailhava et Guiot. Boudou avait également extirpé un polype creux, et Saviard en avait trouvé un pareil dans la matrice au fond de laquelle il était attaché. C'est un semblable polype qui fut enlevé une fois avec succès par Laumonier quoiqu'il eût emporté en même temps une petite portion de la matrice; mais la tumeur ayant récidivé, une ligature nouvelle, qui embrassa une portion plus considérable de ce viscère, causa une péritonite funeste. Nous-même (B) en possédons un qui fut enlevé avec succès par le professeur Dubois, et dont la ressemblance avec l'utérus est telle, en raison de la cavité qu'il porte à son centre, qu'un observateur non prévenu ne peut manquer de s'y tromper; et cependant nous avons bien constaté, sur la malade, que sa matrice est en parfaite intégrité. (*Voyez l'Atlas*, pl. XIX, fig. 3 et 4.)

OBSERVATION PARTICULIÈRE.

Introversion passée à l'état chronique et sans accidents secondaires.

Dans les trente-quatre récits, qui composent le recueil de Dailliez, nous n'avons trouvé aucun fait semblable à celui-ci, et les ressemblances qu'on pourrait lui reconnaître avec celui dont M. Boyer a donné l'histoire ne sont pas assez grandes pour nous faire douter de l'intérêt attaché aux détails dans lesquels nous allons entrer, quelque incomplète que soit notre observation.

Le 18 août 1825, on apporta à la maison de santé de l'administration des hôpitaux une femme avec un renversement de la matrice, qui existait depuis six jours.

Voici les renseignements obtenus de la malade :

Habitant une ville de province à vingt lieues de Paris, veuve depuis plusieurs années, mère de quatre enfants, se trouvant enceinte et sur le point d'accoucher, mais voulant soustraire la connaissance de son état à sa famille, elle a pris le prétexte de ses affaires de commerce pour venir à Paris, dans l'intention d'y passer, chez une sage-femme, le temps de ses couches.

Après cinq heures de travail, elle accoucha facilement d'une fille dont l'expulsion fut suivie d'une explosion subite de sang qui détermina la sage-femme à entreprendre immédiatement la délivrance. Éprouvant de grandes difficultés pour l'opérer, le sang continuant de couler en abondance, la sage-femme fit appeler un accoucheur à son aide. Il s'était passé quelques heures avant qu'il fût arrivé. Au dire de la malade, il tira sur le cordon pendant fort long-temps, et ce ne fut qu'après avoir porté la main plusieurs fois dans la matrice (1) qu'il par-

(1) C'était peut-être seulement dans le vagin que le vulgaire confond avec la matrice.

vint à entraîner le placenta. C'était le 13 août de six à sept heures du matin. La malade dit être restée sans connaissance depuis ce moment jusqu'au lendemain à pareille heure. Depuis le 14 au soir, l'accouchée éprouvait un besoin extrême d'uriner accompagné de pesanteur dans le bassin. En faisant des efforts pour vider la vessie, elle sentait une boule qui se présentait à l'entrée du vagin et qu'elle pouvait faire rentrer avec les doigts. C'est en repoussant ainsi cette boule de chair que le col de la vessie se trouvait plus libre et laissait échapper chaque fois un peu d'urine.

L'accoucheur venait voir la malade une ou deux fois par jour, et chaque fois il essayait de faire remonter plus haut la tumeur dont probablement il n'ignorait pas la nature. Après avoir inutilement ainsi tenté d'opérer la réduction de l'utérus, il cessa ses visites. M. Moncourrier, appelé depuis, ayant reconnu le renversement de la matrice, détermina la malade à entrer à la maison de santé où elle fut placée dans le service de M. Dubois.

Cette femme, maigre, d'un tempérament lymphatique, entièrement décolorée, n'avait point perdu de sang depuis sa délivrance, et n'éprouvait actuellement qu'une sensation de pesanteur dans le bassin, de légères douleurs dans les régions iliaques et un besoin constant d'uriner. Le vagin était dilaté et occupé par une tumeur d'environ deux pouces et demi à trois pouces de diamètre, lisse à sa face postérieure et latérale droite, rugueuse à sa face antérieure et latérale gauche. Elle se laissait soulever assez facilement, mais il était impossible alors, à cause de son volume, d'atteindre à son pédicule. Il fut impossible également de pratiquer le cathétérisme, parce que le méat urinaire était excessivement douloureux. Les régions inférieures de l'abdomen étant le siége d'une sensibilité très vive, on ne pouvait pas non plus, en conséquence, apprécier de ce côté l'état de l'utérus.

On fit placer la malade dans un demi-bain ; elle rendit un peu d'urine par le moyen qu'elle avait employé jusqu'alors.

Le lendemain, à la visite de MM. Dubois père et fils, on tira de la vessie environ trois pintes d'urine par l'introduction de la sonde. Les muscles abdominaux, très minces, se laissant facilement déprimer alors, on reconnut que l'excavation du bassin était totalement vide du côté du détroit abdominal. En appliquant le spéculum, on acquit la conviction que c'était bien la matrice qui était renversée, et que le placenta avait été greffé sur sa paroi antérieure, là où nous avions senti des inégalités dès notre première exploration.

Cet organe, ainsi renversé depuis six jours, formait une tumeur tellement compacte et solide, que l'on perdit tout espoir de le réduire. On pouvait alors porter le doigt autour de l'anneau formé par l'orifice externe du museau de tanche qui embrassait le col de l'utérus à environ sept à huit lignes de profondeur. Ainsi, le corps et une partie du col étaient renversés : l'introversion était au troisième degré. MM. Dubois tentèrent, ainsi que moi, la réduction de l'organe sans aucune apparence de succès. Cependant il était facile, chez cette femme dont le vagin était très dilaté et les parois abdominales très lâches, de saisir d'une main le corps de l'utérus et de le repousser dans le sens de son orifice, pendant que l'autre main, appuyée extérieurement sur la région hypogastrique, s'opposait au refoulement de tout le viscère. Sans cette dernière précaution, en effet, on eût pu se laisser facilement induire en erreur; car, le vagin s'alongeant à chaque mouvement de répulsion, on eût dit d'abord que c'était le corps de l'utérus qui rentrait dans son orifice. On résolut donc de laisser les parties dans l'état où elles étaient, puisqu'aucun accident n'exigeait l'emploi de moyens plus énergiques. On se contenta

de faire des applications émollientes sur l'abdomen et des injections de même nature dans le vagin. Tant que dura la compression de la vessie par la tumeur, on fut obligé de faire évacuer l'urine par le cathétérisme. Le douzième jour de l'accident (cinquième de l'entrée à la maison), la malade urina sans secours. L'utérus était moins volumineux et par conséquent plus dur, moins réductible encore qu'auparavant.

Les lochies *blanchâtres* continuaient d'être sécrétées par la face antérieure de l'utérus où avait été fixé le placenta. La malade ne se plaignait plus que de tiraillements dans les reins ; les déjections alvines étaient naturelles et régulières.

Impatiente de retourner chez elle pour éviter les soupçons sur la véritable cause de son absence, la malade monta en diligence le dix-huitième jour de sa couche.

Nous n'avions plus entendu parler de cette femme, lorsque, le 22 septembre (1830), nous reçûmes sa visite. Elle venait nous consulter pour l'aider à rappeler ses règles qui n'avaient point reparu depuis son dernier accouchement. L'embonpoint énorme qu'elle avait pris depuis cette époque la rendait absolument méconnaissable, et il lui fallut entrer dans quelques détails pour que je pusse me ressouvenir de toutes les circonstances qui l'avaient précédemment amenée à la maison de santé. Cette femme ne rendait plus par le vagin qu'un mucus roussâtre paraissant tous les quinze à vingt jours, et seulement pendant quelques heures.

J'étais impatiente de connaître les changements survenus dans l'état des parties. A l'examen manuel, je ne trouvai qu'une tumeur légèrement aplatie, d'environ quinze lignes de largeur sur huit à neuf lignes d'épaisseur, nullement douloureuse, et occupant tout-à-fait le centre du vagin. Je profitai encore de la bonne volonté de cette malade pour l'examiner avec le spéculum,

et je vis que la surface interne de l'utérus, devenue aujourd'hui externe, était d'un rouge pâle, parsemée de quelques petits points semblables à des piqûres de puce et d'un rouge plus foncé, mais on n'y distinguait aucune apparence d'orifice. Son collet était encore étroitement embrassé par le museau de tanche.

L'utérus était donc resté renversé; il ne s'y était passé d'autre changement qu'une diminution de volume. Cette femme était encore sujette à des tiraillements dans les reins et dans les aines, à de fréquentes envies d'uriner, sur-tout lorsqu'elle était debout. Il n'en était pas de même lorsqu'elle était couchée; rarement elle était obligée de se relever la nuit pour uriner. Son excessif embonpoint était ce qui la gênait le plus. Je tâchai de lui faire comprendre qu'il valait mieux n'avoir pas du tout ses règles que d'être sujette à cette évacuation dans la circonstance où elle se trouvait; que les pertes abondantes de sang étaient presque toujours une conséquence très fâcheuse de l'accident qui avait été pour elle si inoffensif. Je ne pus la persuader, ni même obtenir qu'elle se présentât de nouveau à l'exploration et aux conseils de M. Dubois. (*Voir* l'*Atlas*, pl. XII, fig. 1 et 2.)

QUATRIÈME SECTION.

DISTENSION DE L'UTÉRUS PAR DES CORPS ÉTRANGERS.

CHAPITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS.

La matrice, destinée à éprouver, dans l'exercice d'une fonction naturelle, une distension considérable, est quelquefois soumise à la même violence par une cause morbide. Le corps nouveau, qui vient alors en remplir, en agrandir la cavité, varie pour la nature, la consistance et le mode d'origine ; il peut être gazeux, liquide, solide, produit par simple rétention d'une sécrétion naturelle ou par formation d'une matière insolite, qui tantôt puise dans la matrice même ses premiers matériaux, et tantôt lui est apportée primitivement d'ailleurs. Ainsi le sang menstruel ou bien une humeur séro-muqueuse, telle que celle qui naturellement lubrifie la cavité utérine, peuvent être retenus dans son intérieur. La première de ces humeurs peut se coaguler en masses fibrineuses par suite de l'absorption ou de l'expulsion de ses parties les plus fluides ; la dernière, en changeant de nature, peut sans doute quelquefois se concréter en calculs. Mais, bien plus souvent, des masses toutes solides ou en partie liquides, vivant plus ou moins long-temps aux dépens

même de l'organe qui les renferme, n'y ont été portées que par suite d'une fécondation imparfaite, et constituent ce qu'on nomme *fausses grossesses*.

Toutes ces indispositions ne méritent point, de la part du pathologiste, une attention égale. Il en est qui sont si rares qu'on aurait peine à en dire, longuement du moins, quelque chose de général ; il en est aussi de secondaires et consécutives à d'autres altérations qui seront ailleurs plus amplement décrites.

Ainsi, par exemple, la rétention de quelques caillots tantôt rentre dans les cas d'obstétrique, et tantôt appartient à la *dysménorrhée* dont nous ne voulons point nous occuper encore. Nous en dirons autant des fausses membranes qui enveloppent quelquefois le sang coagulé ou non ; autant encore du pus qui se dépose parfois dans la cavité utérine, etc., etc.

CHAPITRE II.

PHYSOMÉTRIE.

La présence d'un *gaz* dans l'utérus, n'a été observée par nous que dans des cas obstétricaux, lors de la rétention de quelques restes des enveloppes du fœtus, de diverses portions de ce petit être lui-même depuis longtemps privé de vie, ou bien de caillots dont la putréfaction était la source de ces matières aériformes qu'on trouvait dans l'utérus après la mort, ou qui, durant la vie, s'échappaient avec bruit du vagin et ont pu même quelquefois s'allumer à la flamme d'une bougie (D). En pareil cas, l'utérus peut être plus ou moins saillant du côté du ventre et dans le vagin, résonnant à la percussion (1), mais formant une

(1) Il ne faut pas prendre à la lettre tous les cas relatés par les anciens

tumeur circonscrite et proportionnée à la quantité de gaz qu'il renferme, quantité variable en raison sur-tout du degré d'inertie dans lequel il est maintenu par une sorte de torpeur où le jette le contact de ces substances altérées, et que favorise encore la faiblesse de la femme. Cette faiblesse est due en partie à des pertes antécédentes qui sont effectivement la cause la plus ordinaire de l'accident qui nous occupe, en partie à une adynamie qu'on pourrait assez raisonnablement attribuer à la résorption de ces matières putrides (1). Toutefois on cite quelques exemples de physométrie essentielle; c'est ainsi qu'on nomme cette production de gaz intra-utérin, quand on la suppose due à une exhalation morbide et non chimique, à une sorte de sécrétion accidentelle. On en trouvera un cas récemment publié dans le recueil de la société médico-chirurgicale de Bologne (2). Une femme de quarante ans se croit enceinte, ses menstrues se suppriment, le ventre se gonfle, et l'utérus, an cinquième mois, est parvenu au niveau de l'ombilic. Un jour elle se baisse; tout-à-coup des flatuosités abondantes s'échappent de la vulve, et le ventre s'affaisse complétement (3). C'est en effet dans ce mouvement du corps que, le plus souvent, s'opère le *rot vaginal* chez les femmes qui y sont sujettes; la compression de l'hypogastre le détermine aussi. Le fluide aériforme ainsi expulsé est quelquefois inodore, ce qui a pu faire croire qu'il n'était que de l'air atmosphérique enfermé dans le vagin relâché et ouvert momentanément par quelques mouvements du corps et des membres ab-

---

auteurs, comme appartenant à la physométrie : nul doute qu'ils n'aient souvent pris pour telle le météorisme du ventre dans la péritonite puerpérale.

(1) Madame Lachapelle, *Prat. des Acc.*, t. II, p. 436, t. III, p. 186.

(2) Analysé dans la *Revue médicale*, t. IV, p. 484, 1830.

(3) Le même désappointement est arrivé chez deux femmes de Padoue dont parle Frank (*De retent.*, t. I, p. 86.) *Voy.* encore Mauriceau, t. I, p. 74.

dominaux. Cette introduction n'est pas impossible, mais pour de petites quantités seulement, telles que celles qui parfois s'échappent avec un bruit léger durant l'acte conjugal ; de plus grandes quantités n'y sauraient être introduites qu'artificiellement, avec une injection liquide par exemple, comme Frank en cite un cas. L'air froid se dilate, il est vrai, dans une cavité chaude, et y acquiert bien plus de volume qu'il n'avait auparavant, mais cela ne suffit pas pour expliquer la physométrie, et presque toujours sa production, même hors l'état de couches, est toute chimique ; elle tient, comme après l'accouchement, à la fermentation de quelques matières sécrétées et plus ou moins disposées à la putréfaction, telles que les mucosités des flueurs blanches, l'ichor d'un ulcère cancéreux, retenu en plus ou moins grande quantité (*hydro-physométrie de Frank*); tels encore les caillots résultant d'une ménorrhagie antécédente ou du sang même des règles. Dans le recueil que nous citions tout-à-l'heure se trouve cette autre observation. Une femme voit ses menstrues supprimées par l'exposition au froid : douleurs et tuméfaction de l'utérus qui monte jusqu'à l'ombilic, résonnant à la percussion; fièvre avec exacerbations. On porte un doigt jusque dans l'orifice du museau de tanche, et aussitôt s'échappe un flot de gaz fétide; le ventre un moment diminué s'enfle bientôt de nouveau; on porte un tube jusque dans l'utérus pour y pousser des fumigations; les gaz sortent en abondance, des caillots les suivent de près, et la malade est guérie. Chez deux femmes tourmentées long-temps de douleurs utérines et d'émissions gazeuses et fétides par la vulve, on trouva l'utérus encore rempli de ces exhalaisons putrides ; son intérieur était ulcéré et son orifice fermé par la tuméfaction de ses bords (1). C'est

---

(1) P. Frank, *Epitome de curandis hominum morbis, liber VI de retentionibus, pars prima, Tubingæ*, 1811, p. 83-86.

aussi à la putréfaction commencée de certains produits de conception, dont il sera question plus loin, qu'il faut rapporter ces expulsions de vessies pleines d'air ou môles flatulentes dont il est fait mention dans le même ouvrage. Enfin, c'est encore à la même cause que Mauriceau attribue les éructations vaginales auxquelles étaient sujettes deux femmes, l'une hors l'état de grossesse (*Obs.* 105), l'autre durant la grossesse même (*Obs.* 110), quoique l'enfant fût vivant. Nul doute qu'ici les gaz n'eussent pris naissance hors des membranes, et, comme le dit Frank, dans le lieu même où se déposent ordinairement les fausses eaux : là, peut-être, un caillot putréfié en avait été la source.

Les symptômes de la physométrie sont trop caractéristiques pour laisser des doutes sur son existence, après un examen attentif; et son pronostic est évidemment relatif à la maladie dont elle dépend : essentielle, à peine aurait-elle assez d'importance pour occuper le médecin ; ce serait une incommodité, non une maladie, et quelques moyens mécaniques suffiraient pour remédier aux inconvénients dont elle serait cause.

La propreté, les bains, les lotions, les injections, soit d'eau pure, soit d'une solution légère de chlorure de chaux, voilà les seuls conseils qu'on puisse donner d'une manière générale.

CHAPITRE III.

DE L'HYDROMÉTRIE.

On appelle ainsi une accumulation de liquide séreux, séro-muqueux, ou albumineux, dans la cavité de la ma-

trice, maladie ordinairement symptomatique, comme la précédente. Nous l'avons vu se reproduire passagèrement, et se dissiper par des évacuations abondantes, à l'occasion d'un cancer de l'utérus dont nous parlerons ailleurs. Nous l'avons vu aussi suivre une métrite chronique, et présenter, à l'ouverture du cadavre, la cavité de la matrice pleine d'une matière puriforme en grande abondance, et son orifice oblitéré par l'adhérence de ses lèvres. Presque toujours on a trouvé de même ce liquide altéré par son mélange avec du pus ou du sang, et rarement l'utérus s'est montré simplement étendu et aminci. Le plus ordinairement, son tissu était parsemé de squirrhosités, d'ulcérations, de tumeurs hydatiques ou polypeuses, et son orifice tantôt obstrué par une tumeur, tantôt seulement fermé par la tuméfaction de ses bords. Ce n'est donc que conventionnellement qu'on peut considérer comme essentielles la plupart de ces hydropisies, puisque ce nom ne conviendrait qu'au plus petit nombre. Avant de parler plus amplement de ces hydrométries simples ou seulement compliquées de leur cause, nous devons dire un mot de certaines collections de liquide séreux, qui ne s'opèrent que *durant la grossesse*, qui peuvent avoir un siége différent dans différents cas, et causer des accidents parfois assez graves.

1° On a depuis long-temps remarqué que des femmes assez avancées dans leur grossesse, à mi-terme sur-tout, pouvaient rendre une quantité d'eau considérable par les organes génitaux, sans que l'avortement survînt à la suite. Souvent, il est vrai, à l'approche du terme naturel, on a cru à l'écoulement de ces *fausses eaux*, tandis que, en réalité, il n'y avait que perte prématurée et lente des eaux de l'amnios, par un éraillement accidentel et peu considérable. Voilà pourquoi madame Lachapelle, qui voyait dans son hospice beaucoup plus de femmes d'un terme avancé que de gestations commençantes, doutait de la

réalité des fausses eaux (1). Mais d'autres fois, au contraire, on a cru à tort que l'amnios était ouvert, et l'on s'est étonné, avec raison, que l'avortement ne s'ensuivît point, dans des cas où certainement l'amnios était resté intact (2). C'est ce que l'on a pensé, avec plus de vraisemblance dans d'autres cas pareils, dont cinq ont été soumis à notre observation (D), et d'autres rapportés par des observateurs exacts (3). Puzos a vu pareil écoulement se renouveler jusqu'à quatre fois dans la même grossesse. On a pu croire dès lors que cet amas d'eau siégeait, selon les uns, dans l'allantoïde, c'est-à-dire cette cavité que, dans les premiers mois de la gestation, on trouve entre le chorion et l'amnios, du côté du placenta, selon d'autres, entre les lames de la caduque (*Nægelé*), qui contiennent peut-être aussi un liquide dans leur intervalle, intervalle que nous n'avons point observé. Nous penchons donc pour la première opinion, d'autant plus fortement que l'on trouve toujours dans la cavité allantoïque, un liquide gélatineux, dont l'accroissement peut devenir aisément morbide. En conséquence, nous pensons qu'on pourrait désigner par le terme de *hydrallante* cette disposition anormale, que le nom de fausses eaux ne caractérise point suffisamment, à notre avis.

2° Les véritables eaux de l'amnios s'accumulent quel-

---

(1) Baudelocque les attribuait à une transsudation évidemment impossible des eaux de l'amnios à travers le tissu des membranes (§ 531). L'observation de Fabrice de Hilden dans laquelle on parle de l'expulsion, au terme de cinq mois, d'une poche membraneuse remplie de dix livres d'eau, ne peut être rapportée qu'à une grossesse double dont l'un des produits a seul avorté. (*Cent. II*, *obs.* 53.)

(2) Maunoury et Lévêque La Source, *Bibl. méd.*, t. LXXVI, p. 88 et suiv.

(3) Noortwick, Camper, Geil et Nægelé. *Diss. de Hydrorrhœa uteri gravidarum.*

quefois surabondamment dans cette membrane, et il en résulte un état vraiment maladif, qu'on peut appeler *hydramnios*. On parle de cinquante livres d'eau ainsi amassées; mais on peut, on doit croire ici à l'exagération, d'autant plus aisément que l'on ne prononce guère que par à peu près dans ces sortes d'occurrences. Cet état a quelquefois amené la métrite, et laissé même des traces d'inflammation dans le placenta et les membranes de l'œuf (1). Peut-être aussi l'inflammation était-elle cause et non effet de cette hydropisie, qui, dans des circonstances moins équivoques, se montre sous la dépendance d'une diathèse séreuse universelle, manifestée par d'autres hydropisies, l'anasarque en particulier (2). Dans le cas que nous citons ici en dernier lieu, et dans celui dont nous parlons plus haut, d'après Van-Swieten, la grossesse était gémellaire. Nous avons été témoin d'une pareille distension avec une grossesse double, mais sans anasarque : il en était résulté une péritonite dangereuse, et l'accouchement eut lieu avant terme; les deux enfants étaient morts (3). L'accouchement fut également prématuré, mais l'enfant naquit vivant, chez une femme mentionnée par le docteur Duclos. Dans d'autres circonstances, l'enfant a pu naître à terme, mais hydropique (4), ou, comme nous l'avons vu, affecté d'anencéphalie, reste probable d'une hydropisie cérébrale (D). Ces sortes d'hydrométrie peuvent encore donner lieu à l'inertie de la matrice après l'accouchement, menacer de rupture utérine durant le travail; mais, pour toutes ces considé-

(1) Mercier, *Bibl. méd.*, t. XXXVI, p. 101, et t. XXXIX, p. 82.

(2) *Hildanus*, *centur.* 2, *obs.* 54; Voy. aussi *Bibl. méd.*, t. XXXVI, p. 233, etc.

(3) A. Dugès. *Sunt-ne inter ascitem et peritonitidem chronicam certa discrimina quibus dignosci queant.* In-4°. *Parisiis*, 1824, p. 34.

(4) *Nouv. Bibl. méd.*, t. VII, p. 441.

rations, aussi bien que pour les indications qui établissent la nécessité d'une rupture artificielle des membranes, même avant la conclusion complète de la grossesse, ou bien le simple bon sens les indique, ou ils deviendraient ici hors de propos.

L'hydrométrie véritable a paru quelquefois déterminée par des causes générales, une constitution débile, etc.; mais, le plus souvent, quelque cause d'inflammation locale aiguë (coup sur l'hypogastre, etc.) ou chronique, a préexisté à la production, à l'accumulation du liquide. Cette accumulation ne s'est guère observée que chez des femmes mariées et jeunes encore; elle s'est présentée à des degrés très variables, tantôt l'utérus renfermant à peine une à deux livres d'humeur, tantôt distendu au point de simuler une grossesse. Parfois encore l'amas du liquide a été plus considérable, puisqu'on a pu croire à l'ascite, et qu'on a trouvé dans l'utérus quatre-vingt-cinq livres de matière ichoreuse et comme huileuse (*Blanckard*), puisque même on parle d'une collection équivalant à cent quatre-vingts livres d'eau (*Vésale*) (1).

Le diagnostic de ces sortes de cas peut offrir quelques difficultés, et nous avons déjà signalé des erreurs dans lesquelles il serait d'autant plus facile de tomber, que la maladie qui nous occupe étant rare, on en soupçonnerait moins l'existence. Toutefois, la fluctuation la distinguerait des engorgements squirrheux, etc.; l'obscurité de cette fluctuation, et mieux encore la distension de la matrice reconnue par le toucher vaginal écarteraient l'idée d'une ascite, ou d'une hydropisie de l'ovaire. L'ab-

(1) Voyez-en des exemples non moins admirables dans le *Sepulchretum* de Bonet (lib. III, sect. XXI, obs. LV). C'est là qu'il est question d'une matrice assez ample pour qu'on pût y cacher sans peine un enfant de dix ans.

sence du ballottement (toucher vaginal), des mouvements du fœtus (palpation de l'abdomen), des battements de son cœur (auscultation), prouveraient la non existence d'une grossesse avec laquelle l'intumescence du ventre, la suppression des menstrues (1) pourraient faire confondre l'hydrométrie : enfin la résonnance de la tumeur, et la nullité de la fluctuation manqueraient ici, et ne permettraient pas de prendre une hydropisie utérine pour une physométrie.

A en juger par sa durée, quelquefois très longue, l'hydropisie utérine serait peu grave; mais on sent combien sa gravité doit varier selon la cause qui lui donne naissance. Nul doute aussi que le pronostic ne soit moins fâcheux quand l'obstruction de l'orifice du viscère est incomplète, et permet, de temps à autre, l'évacuation du liquide amassé : Fernel parle d'un cas où la collection se dissipait ainsi chaque mois; on a vu même la grossesse avoir lieu deux fois chez une femme sujette à des rétentions et évacuations alternatives d'abondantes sérosités, et ces alternatives n'ont pas entravé la gestation, et n'ont pas été arrêtées par elle, sans doute parce que l'exhalation ne se faisait que par une surface bornée, et non par toute l'étendue intérieure de l'utérus (2). Cette évacuation peut avoir lieu vers le terme d'une grossesse supposée, ou bien se montrer beaucoup plus tôt, et produire, comme la physométrie, un désappointement complet,

(1) On conçoit difficilement la coexistence de la menstruation avec l'hydrométrie, quoique Monro en admette la réalité. Ce serait alors une exhalation de sang par le vagin comme dans certaines grossesses (*Monro*, *Essai sur l'hydropisie*, p. 164.) On comprend mieux comment la *rétention* des menstrues *dénaturées* pourrait donner lieu à une sorte d'hydrométrie. Il en est de même de la rétention des lochies par l'effet d'une réfrigération subite. (Voy. *Frank*, *de retent.*, t. I, p. 297.)

(2) Richard Browne, cité par Itard, *Dict. Sc. méd.*, t. XXII, p. 320.

désappointement au reste peu sérieux, si, comme l'ont vu Mauriceau, M. Nauche et autres, la guérison est ensuite durable, et la récidive nulle.

Le traitement de cette affection, pour la guérir radicalement, devrait être dirigé d'abord contre le mal dont elle est la dépendance. En elle-même, et considérée comme essentielle, on peut être forcé de la combattre à cause des douleurs et de la gêne qu'elle cause. Une secousse mécanique, celle du vomissement, etc., peuvent parfois, dit Monro, suffire à l'expulsion du liquide; d'autres fois, le doigt ou un stylet mousse, portés dans le vagin, peuvent s'insinuer dans le museau de tanche, en désobstruer l'orifice, et procurer l'écoulement du liquide. De la même manière pourrait encore être soulevée, déplacée, une tumeur mobile dont l'ablation, si elle était possible, amènerait peut-être une guérison définitive. Dans quelques cas graves, l'insuffisance de ces moyens peut rendre nécessaire la ponction avec le trois-quarts. Elle a été faite avec succès au-dessus des pubis, et a servi à extraire cinquante-trois livres d'un fluide épais, noir et sanguinolent, chez une femme de cinquante-trois ans. Dix mois après, il n'y avait pas la moindre apparence de récidive (1). Pareille ponction a été faite avec avantage pour une hydramnios qui menaçait les jours de la femme (*Noël Desmarais*). Sans doute, comme l'observent le docteur Laporte et M. Itard, il vaudrait mieux alors recourir à la ponction des membranes, à travers l'orifice utérin : de même que, dans l'hydrométrie ordinaire, la ponction du col au fond du vagin serait préférable à celle du corps de la matrice à travers les parois abdominales; un trois-quarts d'une longueur suffisante, et convenablement recourbé serait facile à construire pour opérer ainsi sans

(1) Wirer, *Ann. litt. méd. étr.*, t. II, p. 290.

danger et sans peine : toutefois on parle d'un cas de semblable ponction qui fut suivi d'accidents mortels (1).

OBSERVATION PARTICULIÈRE.

Évacuation subite et considérable d'un liquide séreux par la vulve.

Une jeune dame d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, se plaignait, depuis long-temps, d'une douleur violente siégeant dans la région iliaque droite : elle avait été traitée avec succès, par son médecin, comme atteinte d'une affection rhumatismale. Cette dame n'avait pas dit qu'elle était devenue très mélancolique depuis quelque temps ; qu'elle éprouvait la sensation, tantôt d'une boule qui remontait de l'utérus vers l'œsophage, et tantôt d'une chaleur brûlante qui partait du même point et suivait la même direction.

Le 1[er] octobre 1829, à la suite de douleurs atroces dans la région hypogastrique, elle rendit, à plusieurs reprises, dans l'intervalle de quatre à cinq minutes environ, une pinte de fluide transparent, incolore, sans odeur, ayant laissé sur le linge qui en fut baigné des traces semblables à celles que produit le sérum du lait.

Ne sachant à quoi attribuer cet événement, la malade vint me consulter de la part de M. Marc à qui je fis part du résultat de mon examen.

L'utérus était plus abaissé, son col plus gros, les bords de son orifice plus épais, cet orifice beaucoup plus largement ouvert que dans l'état naturel, même en tenant compte des effets produits par plusieurs couches ; mais ces parties, explorées avec soin, ne présentaient alors aucun point douloureux ; on ne

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, t. I, p. 281.

pouvait rien distinguer de particulier, à travers les muscles abdominaux, dans les régions voisines du bassin.

L'état du col de l'utérus me fit présumer que l'explosion séreuse provenait de la cavité utérine; était-ce une hydatide développée dans l'utérus, qui venait de se rompre? était-ce une collection de sérosité accumulée dans la propre cavité de l'utérus, et qu'un resserrement spasmodique ou inflammatoire de l'orifice aurait jusques là empêché de s'échapper? Si l'abondance de cette perte subite eût été moins considérable, on eût pu la prendre pour une de ces éjaculations séro-muqueuses qu'on voit souvent à la suite d'accès hystériques et que fournissent les follicules muqueux qui sont en grand nombre dans le col utérin, sur le museau de tanche, dans le vagin et même dans les replis des petites lèvres de la vulve. Mais d'ailleurs ces abondantes évacuations ont été observées par nous chez des femmes atteintes ou même menacées de graves lésions de l'utérus ou de ses annexes internes; ce qui dénotait assez que leur source était plus profondément placée que celle dont nous venons de parler.

CHAPITRE IV.

DES CALCULS UTÉRINS.

Nous avons cité ailleurs un cas de déformation de la matrice accompagnée de l'obstruction de son col par des concrétions calcaires; cette circonstance prouve que les matières sécrétées par un utérus malade sont susceptibles de se concréter et de prendre la consistance des matières salines. L'expérience semblait prouver aussi que ces principes concrescibles pouvaient se réunir en masses com-

pactes et souvent très considérables, constituer en un mot de véritables calculs. Toutefois cette théorie n'a point paru vraisemblable à quelques pathologistes, et le professeur Roux, dans ses Mélanges de Chirurgie, attribue la formation de ces calculs à l'ossification des tumeurs fibreuses qu'on sait être si fréquentes à l'intérieur de l'utérus ou dans l'épaisseur même de ses parois (1). Un de ces calculs, analysé chimiquement il y a quelques années, s'est effectivement montré composé d'une grande portion de substance animale liant ensemble des sels de potasse, de soude et de chaux (2). Un autre a présenté à M. Amussat du phosphate de chaux et de la gélatine. La plupart des exemples anciennement connus ont été colligés dans le mémoire de Louis (3), inséré parmi ceux de l'académie de Chirurgie. On y lit qu'une fille de soixante ans porta, sans incommodités bien fortes, une pierre de la grosseur d'un œuf de poule et du poids de neuf gros et demi. Quoique fort dure, cette pierre perdit par la dessiccation plus du tiers de son poids, ce qui vient encore à l'appui de l'opinion ci-dessus énoncée. Une autre pierre, qui ne pesait que quatre onces, aurait dû peser une livre, dit Louis, si la matière en eût été plus condensée.

Des pesanteurs, de la gêne en marchant, du prurit à la vulve et vers le haut des cuisses, tels avaient été les seuls symptômes accusés par la fille mentionnée ci-dessus. D'autres femmes en ont été moins incommodées encore

---

(1) Pecquet, après avoir décrit deux calculs occupant l'épaisseur même du tissu utérin, ajoute ces mots significatifs : « *Adeo ut pro scirrhis lapidescentibus haberi debeant prædicta corpora.* »

(2) *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 301.

(3) *Voyez*, pour des exemples plus anciens encore, mais aussi moins positifs, Schenkius, *obs. med.*, lib. IV, p. 649. Bonet, *Sepulchretum*, lib. III, sect. XXIV, obs. 18, § 10. Lieutaud, *Historia anatomico-med.*, t. I, p. 340.

si le calcul était peu volumineux (comme une aveline, une noix). Chez d'autres au contraire les accidents furent bien plus graves; des suppurations, des ulcérations, des dégénérescences locales en ont été la suite sinon l'origine, et l'épuisement a fait périr les malades. Dans ces circonstances on a trouvé, autour d'une pierre du poids de cinq onces et demie, la matrice convertie en matière tuberculeuse, à en juger du moins par la comparaison qu'en ont faite les observateurs à du suif dur et sec : les parois se sont même montré ossifiées autour d'une pierre isolée (*Mém. cité*).

Dans des cas plus heureux, la nature seule a fait les frais de l'expulsion du corps étranger. Louis en cite trois ou quatre exemples dans lesquels la concrétion sortit entièrement d'elle-même ou fut seulement tirée du vagin.

Cette opération naturelle a été quelquefois favorisée ou imitée par l'art. Louis parle d'une pierre extraite par incision de la matrice, mais il ne connaissait point les détails de cette opération; lui-même conseille d'aller chercher le calcul dans l'utérus avec des tenettes, après avoir convenablement agrandi l'orifice utérin par un ou plusieurs débridements. Ces débridements ne furent pas nécessaires dans les cas dont la *Revue médicale* a donné la relation (t. 14, p. 31) d'après un journal de Turin : l'orifice était suffisamment ouvert; il fallut seulement faire basculer le calcul, et on put l'extraire en s'aidant tantôt des doigts, tantôt des tenettes ou d'une curette ordinaire.

On sent bien qu'avant de tenter rien de semblable, il faudrait avoir acquis une conviction parfaite de la nature de la maladie. La tuméfaction de l'hypogastre, les coliques, les pesanteurs, les difficultés dans l'émission des urines et des matières fécales, la dureté de l'utérus touché par le vagin, etc., ce ne serait là que matière à présomption. Il faut que l'orifice du museau de tanche permette,

sinon au doigt, du moins à une sonde, à un stylet, d'arriver jusqu'au calcul et d'en apprécier, par le frottement, la consistance, la dureté, d'en détacher même des fragments qui, amenés au-dehors, seraient, de même que quand leur expulsion est spontanée, des témoins irrécusables, pourvu qu'on fût bien sûr qu'ils ne sont pas sortis de la vessie par l'urètre ou par quelque fistule urinaire.

CHAPITRE V.

DE LA RÉTENTION DU SANG MENSTRUEL.

On ne peut certainement établir que des comparaisons très éloignées entre certaines excrétions difficiles du sang menstruel (dysménorrhée), la plupart du temps plus vitales ou physiologiques qu'organiques ou mécaniques, c'est-à-dire tenant plutôt à quelque dérangement dans les fonctions que dans la disposition physique des organes, et ces oblitérations ou absences complètes des passages destinés à la sortie de ce sang, qui opposent à son issue des obstacles le plus souvent insurmontables, et donnent lieu, non plus à la rétention de quelques caillots, mais à des distensions énormes, et qui peuvent devenir mortelles. C'est ce dernier genre de lésions qui seul doit nous occuper en ce moment.

Dans un certain nombre d'ouvrages relatifs au même sujet que le nôtre, on place diversement les altérations dont nous avons ici à nous occuper : tantôt c'est l'ordre anatomique qui prédomine, et alors il faut parsemer en divers chapitres, suivant le siége de l'obstacle, des vices de conformation dont le résultat est, en somme, absolument identique; tantôt c'est l'ordre physiologique qu'on

suit, et on ne parle de ces désordres qu'à l'occasion de ceux de la menstruation, réunissant ainsi des maladies fort différentes quant aux symptômes et à la thérapeutique. L'ordre *pathologique*, que nous préférons, nous fait voir entre ces rétentions, ces distensions et celles du chapitre précédent, assez d'analogie, pour que nous jugions inutile de la faire ressortir davantage. On pourrait dire quelque chose de plus contre la distribution purement anatomique, relativement à notre objet actuel, et le voici : la preuve que l'importance véritable des lésions dont nous allons parler, gît dans la rétention même, et non dans sa cause, c'est que cette cause peut exister, dans des circonstances particulières, sans le moindre inconvénient. En effet, la plupart des oblitérations congéniales subsistent sans danger durant l'enfance, et, parfois même, après s'être opposées à l'issue du sang menstruel, elles deviennent cause de la *suppression* réelle ou de la *déviation* de cette évacuation périodique, et cessent dès lors d'occasioner les souffrances, et de faire naître les dangers dont elles sont la source chez d'autres femmes, à dater du moment où elles deviennent pubères. Ajoutons que ces oblitérations, si elles n'arrivent accidentellement qu'à un âge avancé, à l'époque dite critique ou plus tard encore, ne donnent lieu non plus, pour l'ordinaire, à aucune conséquence fâcheuse, bien que, dans quelques circonstances, l'hydrométrie ait paru les reconnaître pour sa cause. Nous avons trouvé, chez un assez grand nombre de vieilles femmes, le museau de tanche atrophié, effacé, l'orifice utéro-vaginal rétréci, deux fois il était oblitéré totalement, et pourtant le corps de l'utérus était dans l'état le plus naturel. Il en était de même, sans doute, de l'utérus fermé dont Fabrice d'Aquapendente a donné trop brièvement la description (1),

(1) *De chir. operat.*, p. 94.

et plus certainement de celui qu'a décrit plus amplement Morgagni (*Epist.* 46, *Art.* 17). Nous avons dit ailleurs que l'orifice interne ou cervico-utérin s'était présenté à nous également effacé, et que cette disposition avait paru l'effet *naturel* de l'âge à certains observateurs (*Mayer*).

Les obturations fâcheuses sont le plus souvent congéniales, mais parfois aussi accidentelles. Parlons d'abord de ces dernières, pour nous occuper plus complétement ensuite des autres, en circonscrivant ainsi davantage le sujet de notre étude.

On aurait lieu de s'étonner que ces obturations accidentelles ne fussent pas plus fréquentes après les accouchements lents, difficiles, laborieux, où l'orifice a été distendu, contus, lacéré, ou bien après des ulcérations superficielles ou profondes du museau de tanche, si l'on ne savait, d'une part, que les surfaces muqueuses adhèrent difficilement l'une à l'autre, et, d'autre part, que l'inflammation ulcéreuse est très peu favorable à l'adhésion des surfaces qu'elle entame. Aussi, après de tels désordres, n'y a-t-il, bien souvent, que déformation, déviation, corrugation, rétrécissement de l'orifice utérin, sans oblitération complète. Ainsi disparaît le merveilleux de certaines observations de grossesses, à la fin desquelles on a trouvé le museau de tanche oblitéré. Dans un cas observé par Amand, et dont les pièces anatomiques furent ensuite soumises aux investigations de Littre, ce dernier trouva un pertuis très étroit et d'abord inaperçu. Une femme, citée par Simson comme enceinte, avec une matrice imperforée, avait cependant rendu les eaux de l'amnios par le vagin, avant qu'on cherchât à constater l'imperforation. Cet écoulement avait eu très probablement lieu dans le cas du docteur Cathral, où l'on n'a eu évidemment affaire qu'à une déviation de l'orifice en arrière, durant les efforts du travail, et non à une absence

ou oblitération de cet orifice (1). Nous ne pouvons guère porter un jugement différent d'une observation publiée, il y a quelques années, dans les journaux italiens (2), quoique l'écoulement des eaux ait été pris pour celui des urines involontairement rendues, et que le rétablissement de la menstruation ait été attribué, sans preuves, à la permanence de l'incision pratiquée pour permettre l'extraction du fœtus. On conçoit pourtant, et cela, sans doute, est quelquefois arrivé, puisque des hommes de talent et de bonne foi s'en donnent garants; il a pu arriver, disons-nous, que l'adhésion se soit opérée après la conception et dans le cours de la gestation (*Latour*, *Morland*, *Flamand*, *Martin*). Le vagin peut aussi être oblitéré de la même manière. C'est ce qu'on a vu chez une femme qui avait tenté de se faire avorter, en injectant dans les organes génitaux un demi-verre d'acide sulfurique. Les deux tiers supérieurs du canal étaient oblitérés, la matrice se rompit, et la femme mourut sans accoucher (3).

Les doutes que nous avons émis ci-dessus ne paraîtront pas sans fondement, si l'on réfléchit qu'un simple rétrécissement avec brides et rigidité, peut mettre obstacle à la parturition, sans avoir aucunement empêché l'imprégnation. Il n'en est pas ainsi des cas où des altérations de même nature, c'est-à-dire accidentelles, ont retenu le produit de la menstruation. Il a fallu pour cela, sans doute, une oblitération complète; aussi les exemples en sont-ils bien peu nombreux. Dans une observation du docteur Gauthier (4), on voit que le museau de tanche s'était fermé, après un accouchement, par suite des adhérences qu'il avait contractées avec la paroi postérieure

(1) *Ann. litt. méd. étr.*, t. II, p. 484.
(2) *Ann. univ. di Milano, agosto* 1827.
(3) *Séance de l'Acad. de méd.*, 22 *mars* 1831.
(4) *Nouveau Journal de Médecine*, t. VII, p. 30.

du vagin; on fit au col de l'utérus une incision pour évacuer le sang menstruel. Frank raconte qu'il fallut opérer deux fois une jeune fille dont le museau de tanche, agglutiné au côté gauche du vagin, retenait le sang des règles dans l'intérieur de la matrice (1). Enfin, le docteur Ségalas a communiqué, en 1825, à l'académie de Médecine, l'observation d'une femme dont le vagin, oblitéré après un accouchement laborieux, avait de même mis un obstacle complet à l'éruption ultérieure des menstrues. Chez une autre, ce n'était point l'accouchement, mais la défloration qui avait servi d'origine à l'occlusion du vagin, les lambeaux de l'hymen s'étant réunis de manière à former un diaphragme complet au bas du vagin (2).

On peut compter un bien plus grand nombre de faits relatifs à l'obturation *congéniale;* et ceux sur-tout où l'obstacle était dû à l'expansion trop grande de l'hymen, formant, au bas du vagin, une cloison transversale et complète, sont singulièrement multipliés dans les fastes de la science. Nous ne perdrons pas ici le temps que comporterait la simple énumération de ces cas, où l'absence de la menstruation, le gonflement du ventre, etc., ont souvent fait croire à une grossesse illégitime chez des filles qui se trouvaient dans l'impossibilité physique de recevoir l'imprégnation. Le plus simple examen des organes génitaux, à l'aide du doigt, a bientôt, dans ces sortes de cas, fait reconnaître à la vulve une poche constituée par l'hymen, souvent plus épais que de coutume, quoique distendu par le sang accumulé dans la cavité du vagin, aussi bien que dans celle de l'utérus et même des trompes. Une simple incision, ou bien une incision cruciale a suffi pour produire le soulagement, et ordinaire-

(1) P. Frank, *De retentionibus*, t. II, p. 39.

(2) *Dict. Sc. médicales*, t. XXIV, p. 133.

ment une guérison définitive. Ce sang est sans odeur, mais tantôt séreux, tantôt coagulé et noir, plus souvent mélangé de l'un et de l'autre, et de consistance visqueuse. Cette opération a sauvé la vie à bien des malades qui, sans elle, eussent infailliblement succombé, comme on l'a vu quelquefois, à une péritonite occasionée par la rupture des organes distendus, ou même seulement à la gêne dans laquelle cette distension les tient continuellement. Du reste, simple ou cruciale, longitudinale ou oblique, l'incision de l'hymen n'a presque jamais été suivie d'accidents graves. Il en a été autrement dans un cas relaté par Dehaën (1): l'inflammation de l'utérus et du péritoine suivit l'évacuation du sang; mais la guérison fut néanmoins complète au bout de quelques jours.

Ce n'était pas l'hymen seul, mais encore une deuxième membrane ou cloison transversale plus profondément située, qui donnait lieu aux mêmes désordres chez une autre jeune fille (2). La cloison profonde se rompit spontanément, et l'incision de l'hymen amena ensuite la guérison complète. Une conformation du même genre existait chez une femme observée par Ruysch (3), mais qui était enceinte et en travail, circonstance qui nous semble prouver que la deuxième membrane était perforée dans quelque point, comme l'hymen l'était assez largement à son centre; il fallut néanmoins inciser l'une et l'autre, pour permettre à la parturition de se terminer.

Le pronostic est bien plus fâcheux, le diagnostic plus difficile et le traitement plus incertain, les opérations plus chanceuses et plus délicates, quand, au lieu d'une simple cloison, c'était une oblitération, une absence complète

(1) *Ratio medendi*, t. III, p. 40.
(2) *Nouv. Journ. de méd.*; novembre 1818.
(3) *Obs. anat. XXII.*

d'une partie du vagin ou de sa totalité qui constituait l'*atrésie*, c'est-à-dire l'imperforation congéniale des organes génitaux extérieurs, les intérieurs existant avec leur forme naturelle et disposés à remplir leurs fonctions normales. Les faits de ce genre, quoique peu nombreux, ont cependant entre eux des ressemblances si grandes, qu'on peut mettre cette monstruosité au rang de celles qui sont soumises à des lois à peu près constantes. Le plus ancien de ceux qui ont été rapportés avec les détails descriptifs convenables, se trouve dans le *Ratio medendi* de Dehaën; en voici la substance : Une fille de vingt-quatre ans, après avoir, pendant huit années consécutives, cherché par des médications variées à provoquer la menstruation, voyant son ventre grossir et durcir par l'effet d'une tumeur montant du bassin jusqu'à l'ombilic, se soumit à l'examen d'une sage-femme qui reconnut l'atrésie. On crut avoir affaire à une imperforation de l'hymen et l'on incisa cette prétendue membrane; mais l'examen du sujet, mort peu de jours après l'opération, fit voir que l'incision n'avait pénétré que dans la vessie à travers l'une des parois du canal de l'urètre. Le vagin était remplacé par un cordon solide d'un pouce de diamètre environ; une portion de ce canal restait seule vide et libre vers le point le plus élevé, et elle était distendue au point de pouvoir contenir la tête d'un enfant; un sang noirâtre et décomposé remplissait cette cavité aussi bien que celle de l'utérus dont les parois avaient un pouce d'épaisseur, et celle des trompes qui, énormément dilatées en forme de poche, étaient percées en divers endroits par de petites ruptures; aussi la matière sanieuse s'était-elle en partie épanchée dans l'abdomen.

Trois cas de cette disposition singulière et rare (1) se

(1) Il y avait bien absence du vagin, mais aussi de l'utérus, chez une fille dont il est parlé dans les thèses anatomiques de Haller.

sont presque à la fois présentés, dans Paris, à l'observation de praticiens distingués ; tous trois sont mentionnés ou décrits dans le traité des maladies chirurgicales du professeur Boyer. Nous avons observé nous-même et suivi celle qui mourut à l'hôpital de la Charité; et quant aux deux autres, nous avons reçu verbalement de madame Lachapelle les détails les mieux circonstanciés sur ce qui les concerne. L'une d'elles était une jeune personne âgée de seize ans, belle, bien faite du reste, et d'une famille riche; comme chez toutes, à chaque époque menstruelle, avaient paru des symptômes de pléthore générale, des douleurs dans l'abdomen et la tuméfaction de l'hypogastre. On y distinguait effectivement une tumeur arrondie (1), siége d'une fluctuation sourde et équivoque. En examinant la vulve, on ne trouva, entre les grandes lèvres, qu'un sillon profond, vers le milieu duquel était une ouverture infundibuliforme ; c'était l'urètre. Madame Lachapelle y introduisit avec difficulté son doigt long et mince, et arriva dans la cavité de la vessie; la sonde apprit que ce canal n'aboutissait qu'au réservoir de l'urine. Le doigt porté dans le rectum faisait sentir, à une certaine hauteur, la même tumeur qu'on reconnaissait à l'hypogastre ; plus bas, il ne semblait exister, entre l'intestin et l'urètre, qu'une cloison d'épaisseur médiocre. M. Dubois, consulté, restait dans l'incertitude sur les moyens à employer, lorsqu'il se présenta dans ses salles de clinique une fille offrant la même conformation à peu de chose près, mais plus âgée, plus malade et dans un état de danger très imminent. Un trois-quarts fut plongé dans la tumeur à travers le rectum, il en sortit beaucoup de sang altéré, et il en résulta momentanément un grand soulagement; mais peu de jours après, l'inflammation du

(1) Dans l'observation de Dehaën la partie la plus élevée de la tumeur était transversale et formée par les deux trompes.

péritoine enleva l'opérée. Cette issue n'était pas encourageante, et l'habile praticien ne voulut rien entreprendre d'aussi chanceux chez la première jeune fille. Le professeur Boyer fut du même avis. Un chirurgien non moins habile et plus entreprenant exécuta néanmoins, avec tout le talent dont il a donné tant de preuves, une opération longue, difficile, et qui pouvait avoir moins de dangers qu'une ponction ouvrant nécessairement deux fois le péritoine. Cette opération d'ailleurs pouvait aussi plus facilement laisser désormais aux menstrues une issue libre et semblable à leur voie naturelle. Il dédoubla la cloison urétro-rectale, ouvrit la tumeur et procura, par la sortie du sang retenu, un soulagement considérable; mais malheureusement des accidents inflammatoires ne tardèrent pas à se développer, et la jeune malade périt en peu de jours, après s'être cru un moment guérie.

Quelques mois plus tard, vint à l'hôpital de la Charité une fille conformée comme les précédentes : abandonnée aux seuls efforts de la nature, elle sembla un moment en devoir obtenir des résultats plus avantageux que celles dont nous venons de parler. Un écoulement assez considérable s'établit par l'urètre et fit momentanément cesser les incommodités; mais ce bien-être ne fut pas de longue durée; le marasme et la fièvre hectique accompagnèrent l'écoulement ultérieur et firent périr la malade.

Avant qu'on procédât à l'ouverture du cadavre, l'un de nous, alors élève dans cet hôpital, introduisit le doigt dans l'urètre infundibuliforme qui s'ouvrait entre les lèvres de la vulve : à peu près à un demi-pouce de profondeur, il trouva, à la paroi postérieure de ce canal, une ouverture qui permit au doigt de se porter ensuite en haut dans une cavité encore pleine de sang décomposé. En effet, on trouva que l'utérus et les trompes, distendus par ce sang, communiquaient avec une portion du vagin, environ un pouce de la partie la plus

élevée; le reste manquait, et, dans la cloison qui en occupait la place, s'était creusé un clapier irrégulier qui gagnait la partie inférieure de l'urètre. L'utérus était mou et double en volume de ce qu'il est à l'état normal; les trompes constituaient deux sacs mollasses et irréguliers, à parois beaucoup plus épaisses que de coutume et sans rupture. Peut-être, dans des dispositions de santé plus favorables, cette fille eût-elle pu survivre et guérir; nous avons lu, dans quelque recueil périodique dont le nom nous est échappé, un fait qui le prouve. La femme dont il y était question avait été débarrassée de ses souffrances par un écoulement de sang venant également du canal de l'urètre. L'auteur de l'observation paraissait croire qu'il s'agissait là d'une menstruation supplémentaire; mais, autant qu'il nous soit possible de nous en souvenir, le sang était altéré comme quand il a séjourné dans une cavité fermée, et non pas semblable à celui que donne une hémorrhagie active. Un dernier cas de pareille conformation, dont les suites n'ont pas été moins heureuses, a été communiqué à l'Académie de Médecine par le docteur Willaume (25 mai 1826): une incision portée à deux pouces de profondeur, entre l'urètre et le rectum, a suffi pour pénétrer dans un espace libre formé par le vagin dont une portion seulement était oblitérée; mais le col de l'utérus était lui-même sans orifice; il fallut y faire une ouverture à l'aide d'un pharyngotome. Les accidents inflammatoires furent aisément dissipés, et le canal artificiel a suffi depuis lors (il y avait deux ans et demi) à l'expulsion du sang menstruel.

Cette dernière observation nous conduit à un autre genre d'imperfection congéniale considérée comme cause de la rétention du sang menstruel, et dont un exemple nous est offert dans un fait rapporté aussi devant l'Académie de Médecine (*Hervez de Chégoin*, 24 nov. 1829).

Ici les parties extérieures et le vagin étaient bien conformés, mais la matrice imperforée. C'est au fond du canal qu'on a fait la ponction avec le trois-quarts auquel on a fait succéder une sonde de femme; du sang altéré n'avait pas encore cessé de s'écouler par cette voie, lorsque l'observateur fit connaître les résultats de son opération; mais deux fois ce sang avait paru plus rouge et plus liquide. On connaissait depuis long-temps le fait du même genre publié par Benevoli : on en trouvera deux autres dans le Mémorial du professeur Delpech. Dans le premier, ce praticien habile fit aussi la ponction à l'aide du trois-quarts dans le fond du vagin, et le succès fut complet et durable (mars 1830). Dans le deuxième, qui fut observé par le docteur Desgranges, les deux grandes lèvres étaient réunies par une membrane qu'il fallut inciser; on découvrit alors qu'une autre membrane voilait et obturait le museau de tanche; elle fut perforée au moyen du pharyngotome, et dès lors la menstruation fut régulièrement établie (août 1830).

CHAPITRE VI.

DES MOLES.

Il ne faut pas confondre avec les moles proprement dites, ni des restes de placenta, après un accouchement à terme, ni des caillots de sang menstruel ou ménorrhagial, ainsi que l'ont fait quelques auteurs en les désignant sous le nom de moles illégitimes (*Morgagni*). Encore moins doit-on les mettre sur le même rang que les polypes dont le pédicule mince finit par se rompre et laisser la masse libre dans la matrice, ou les tumeurs à base

plus ou moins large développées dans l'intérieur de cet organe et y restant adhérentes (1). Nous admettons trois sortes de moles : 1° le faux germe ; 2° la mole charnue ; 3° la mole hydatique : ainsi circonscrites, les moles sont toujours un produit détérioré de la conception, et leur origine est nécessairement consécutive à un acte de fécondation (2).

1° Si la cause de l'avortement réside souvent dans l'utérus et même dans quelque système ou appareil plus généralement répandu chez la femme, il n'est pas moins certain qu'elle peut aussi dépendre du produit de la fécondation. Ce produit est susceptible d'altérations, de maladies qui peuvent faire périr l'embryon, et dès lors rendre l'avortement inévitable. Il ne faut donc pas s'étonner si, à l'ouverture de certaines enveloppes membraneuses représentant exactement, et avec toutes les conditions normales, un œuf humain peu avancé dans son accroissement, on ne trouve que de l'eau, mais point d'embryon, ou tout au plus quelques filaments adhérents aux membranes, flottant dans le liquide, et restes probables du cordon ombilical; c'est ce qui nous est arrivé à nous-mêmes, à Béclard, au professeur Orfila, à notre collègue Dubrueil et à d'autres (3). L'embryon est si mou, si petit, si délicat dans les premières

(1) De cette nature était assurément la prétendue mole décrite par Fabr. de Hilden, et trouvée à l'ouverture du cadavre d'une femme morte de péritonite chronique et probablement de cancer utérin (*Centur. II, obs. LV*).

(2) *Nusquàm visa est mulier molam sine mare concepisse* (*Fernel*, t. I, p. 599). Voyez au reste, à ce sujet, les détails donnés par le docteur Murat, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XXXIV. Ces détails sont bien autrement convaincants que les hypothèses qu'on a cherché encore à reproduire dans ces derniers temps, comme le prouve le titre seul de la dissertation suivante : *De uteri in efformandis molis vi formatrice*; *auctore Dav. Mansfeld*, 1825.

(3) *Ruysch*; *thes. VI*, n° 81.

semaines de la gestation, que, comme l'observe le docteur Murat, le développement d'une petite tumeur (1) vers l'origine des vaisseaux ombilicaux, un petit épanchement de sang vers le même point, un décollement partiel des membranes, et peut-être un simple trouble circulatoire par l'effet d'une secousse physique, d'une frayeur, etc., suffisent pour le faire périr; et alors, pour peu qu'il séjourne dans l'eau de l'amnios, il s'y dissout comme un flocon de gélatine. C'est là ce qu'il faut appeler plus spécialement un *faux germe;* c'est un *œuf clair*, comme on l'appelle chez les oiseaux; avec cette différence que, chez ces animaux, l'œuf clair n'a jamais été fécondé, qu'il peut être pondu par une femelle vierge, ce qui n'a jamais lieu chez les mammifères, quoique certains auteurs aient cru ce phénomène possible et peu rare.

Un faux germe ne séjourne guère au-delà de deux ou trois mois, et il est absolument impossible de distinguer sa présence, d'une grossesse normale à pareil terme; de même que son expulsion ne diffère en rien d'un avortement proprement dit. Il est ordinairement chassé en entier et sans rupture: s'il s'ouvre auparavant, l'eau s'échappe, et il devient presque impossible d'affirmer, à moins que le terme ne soit assez avancé, qu'un embryon détaché de ses enveloppes ne s'est point échappé avec l'eau et perdu dans les caillots dont l'évacuation précède celle des membranes. Ces membranes se composent toujours de l'amnios, du chorion et de la caduque; le placenta est plus ou moins circonscrit, plus ou moins développé; le

(1) Nous avons vu effectivement, dans les membranes de l'œuf vide examiné par nous, deux petites tumeurs rouges, charnues, dont la plus grosse avait le volume d'un pois. M. Breschet nous a fait voir des dessins qui prouvent qu'il en a fréquemment trouvé de pareilles sur un œuf sain d'ailleurs, et contenant un embryon (D).

plus souvent les filaments qui le constituent sont encore universellement répandus à la surface du chorion et enfouis dans la caduque ; celle-ci semble, en conséquence, fort épaisse, et cet épaississement est souvent accompagné d'une augmentation de consistance due à des caillots fibrineux infiltrés dans son tissu et entre les filaments dont il a été question tout-à-l'heure. Cette altération devient plus difficile à démêler dans les faux germes depuis long-temps conservés dans l'alcool, et il est alors facile de les confondre avec les moles charnues qui n'en diffèrent au reste en réalité que par un plus long séjour et des altérations plus complètes.

2° En effet, on conçoit que, si le faux germe ou l'œuf privé d'embryon reste attaché à l'utérus, s'il absorbe le sang destiné à un fœtus détruit et se l'approprie, il acquerra non-seulement beaucoup de volume, mais encore beaucoup de compacité ; de là les variétés dont nous allons dire quelques mots. Faisons remarquer auparavant que cette supposition n'est point gratuite, qu'elle est prouvée par l'ampliation considérable que prend le placenta après la mort du fœtus dans certains cas de grossesse plus avancée, et d'accouchement seulement prématuré (1).

A. Tantôt la mole charnue est creuse à son centre et contient de l'eau, mais cette cavité est toujours fort petite relativement à l'épaisseur de ses parois. Celles-ci, d'épaisseur inégale, sont rouges, compactes, fongueuses, plus ou moins semblables au tissu du placenta, mais plus résistantes et moins filamenteuses. Il en résulte une masse plus ou moins régulièrement arrondie ou ovoïde, quelquefois lobée, comme anguleuse, etc., et dont le volume varie depuis celui d'un gros œuf ou du poing jusqu'à celui de la tête d'un enfant.

---

(1) *Prat. des Acc.*, t. II, p. 325.

B. Tantôt, plus irrégulière encore et souvent plus volumineuse, cette masse n'offre plus aucune cavité centrale; soit que cette cavité se soit oblitérée par résorption du liquide qui primitivement devait exister avec l'embryon au centre de la mole, soit que l'eau se soit écoulée et que l'embryon se soit échappé avec elle par quelque crevasse (*Murat*), ce qui n'empêche pas toujours les secondines d'adhérer plus ou moins long-temps à la matrice, et de végéter ainsi; puisqu'on assure que, après un accouchement ordinaire, la même chose a pu arriver pour le placenta ou pour une de ses portions liée à l'organe contenant par des adhérences anormales (1). On a cité d'énormes productions de ce genre; mais le plus grand nombre ne dépasse guère le volume des deux poings. Les tissus qui les composent varient fréquemment; là, est un tissu filamenteux, spongieux comme celui du placenta; ailleurs, la substance est compacte et parenchymateuse; des vésicules hydatiques y sont parsemées, des caillots fibrineux font corps avec elle, et quelquefois même des restes du fœtus, des os, des membres entiers y sont incorporés ou adhérents. Un des exemples les plus remarquables, sous ce rapport, est celui dont on voit la figure dans le *Thesaurus anat.* II de Ruysch (pl. IV); plusieurs embryons semblent en avoir dû faire partie : une autre mole est figurée dans son *Thes.* IX, et indiquée comme reste d'un placenta auquel adhérait une jambe de fœtus.

Cette dégénérescence des enveloppes fœtales peut effectivement se rencontrer dans une grossesse double, comme dans une simple, et il peut se faire qu'un seul des deux produits soit affecté, l'autre poursuivant son développement normal jusqu'au terme ordinaire. On voit alors la mole sortir avec les secondines de l'enfant sain

---

(1) Ruysch, *Adv. anat.*, t. II, p. 32. Morgagni, *Epist.* 48, *art.* 30. Frank, *Ret. mucoso-lymphatic.*

ou quelques jours après elles (1). Quelquefois cette complication n'a pas permis à la gestation d'arriver jusqu'à son terme, et un accouchement prématuré en a été nécessairement l'effet ; mais ce qui est bien plus rare, c'est de voir la mole expulsée prématurément, à sept mois, par exemple, et la grossesse s'achever ensuite, et se terminer régulièrement. On a lieu de s'étonner que l'avortement ne soit pas la terminaison la plus ordinaire d'une pareille grossesse, et l'on pourrait être surpris encore de ne point voir l'altération de l'un des produits se propager à l'autre. A peine, pourtant, cite-t-on quelques exemples de la coexistence de deux moles dans le même utérus. A la vérité, elles peuvent aisément alors se souder, se fondre en une seule, comme semble le prouver celle de Ruysch, avec ses membres multipliés de fœtus en partie détruits. Et, en effet, serrées l'une contre l'autre, disposées à végéter, à croître, à s'altérer de diverses façons, ces productions doivent se réunir sans peine, ne fût-ce que par une cimentation inorganique, puis organisée comme le reste. L'épichorion est d'ailleurs ordinairement commun aux deux produits d'une conception gémellaire, et cet épichorion peut les englober en s'épaississant sur tous ses points ; on l'a vu même s'encroûter de sels calcaires, et former, sur une mole, une enveloppe de consistance osseuse.

La présence d'une mole charnue dans la matrice est bien souvent difficile à diagnostiquer, sur-tout dans les deux premiers mois ; on peut même dire qu'alors ses symptômes ne diffèrent point de ceux d'une grossesse pénible : un sentiment de pesanteur et de gêne dans la région de l'utérus, de petites pertes plus ou moins fréquemment réitérées et d'un sang très séreux, tels en sont les seuls indices, bien vagues et bien incertains, comme

(1) Voyez entr'autres, *Fabr. de Hild.*, *cent. II*, *obs. LII*.

on voit. Plus tard, on peut reconnaître que le ventre a pris plus d'ampleur, et fait plus de saillie dans l'hypogastre, que ne le comporte le terme présumé de la gestation. Cette saillie semble plus résistante que celle de l'utérus à l'état normal ; par le vagin sur-tout, on trouve cet organe plus compact, plus inégal, plus pesant qu'il ne devrait être, et le ballottement n'y peut être perçu en aucune manière. La pesanteur augmente aussi dans les sensations de la malade, et la matrice semble plus particulièrement tomber sur le côté vers lequel la femme s'incline. Enfin, si le terme d'un accouchement ordinaire était plus voisin, on chercherait vainement à sentir les mouvements d'un fœtus, à entendre les battements de son cœur. Tout récemment, l'un de nous a vu naître, au terme de cinq mois, un enfant dont le placenta, greffé sur l'orifice cervico-utérin, avait été peu à peu décollé ; il s'en était suivi des pertes continuelles, en grande partie séreuses, sur-tout vers la fin, quoique toujours colorées de sang, et toujours débilitantes. Tous les signes énoncés ci-dessus, même l'absence du ballottement (vu la présence du placenta vers le col), la dureté et les bosselures de l'utérus, avaient existé, et l'on n'eût conservé aucun doute sur l'existence d'une mole, si la malade n'eût assuré sentir les mouvements du fœtus. Quant au volume du ventre, il était difficile d'en tirer des conséquences, en raison de l'incertitude que les premières pertes avaient jetée sur l'époque de la suppression des menstrues, et, par conséquent, sur celle de l'imprégnation (D).

Aussi, bien souvent, n'est-on éclairé que par l'expulsion même de la mole sur sa véritable nature. Cette expulsion, généralement pénible, lente, précédée, comme un avortement, d'hémorrhagies répétées, est quelquefois, au contraire, facile et rapide. Si ce dernier événement n'est pas le plus ordinaire, on le conçoit, en raison des adhérences qu'a fréquemment contractées la masse char-

nue avec la matrice, en raison de son décollement partiel, en raison de la mauvaise disposition où se trouve l'utérus, bien voisin d'un état maladif, s'il n'est réellement malade. Pour l'ordinaire, la mole charnue est expulsée de l'utérus quelques mois plus tard que le faux germe, ce qui revient à dire que le même produit, chassé plus tôt, est faux germe, qui, conservé davantage, eût été mole charnue. C'est, en effet, à son séjour prolongé qu'elle doit et sa consistance et son volume. Celles qui avaient des dimensions considérables, avaient dépassé le terme d'une gestation normale (au onzième, au quatorzième mois, *Baudelocque*); mais le plus grand nombre est expulsé du troisième au sixième mois, et plus souvent près du premier que du second de ces deux termes.

L'hémorrhagie qui précède ou accompagne cette expulsion, en peut rendre le pronostic fâcheux; Delamotte l'a vu devenir mortelle; mais c'est une terminaison heureusement bien rare de cet accident, qui, le plus souvent, ne laisse après lui que des suites assez simples, et ne doit même nullement faire désespérer de bonnes grossesses et d'accouchements normaux par la suite, bien que quelques femmes aient paru offrir à cette affection une prédisposition inhérente, sans doute, à leur organisation.

Les secours de l'art sont ici, comme pour le faux germe, presque entièrement palliatifs. Il faut attendre, aider, soulager. Quelquefois le tamponnement sera nécessité par une hémorrhagie alarmante; quelquefois le seigle ergoté, les lavements excitants, les fumigations, les bains de siége, les injections, devront activer les contractions de l'utérus ou favoriser le décollement de la mole et la dilatation du col de la matrice. Pour ce dernier objet, la pommade à l'extrait de belladona pourrait encore offrir de grands avantages; enfin les doigts, peut-être la main entière, dans quelques cas la pince à

faux germe de Levret, le crochet mousse de Fabrice de Hilden (*l. c.*), pourront aider mécaniquement à une expulsion lente, difficile, incomplète.

3° On nomme *mole vésiculaire* ou *hydatique* le produit d'une autre sorte de dégénérescence dans les mêmes tissus, c'est-à-dire dans les enveloppes d'un fœtus. Mais ici la dégénérescence paraît être la cause de la perte de l'embryon et non son effet comme dans les cas précédents (1). Cette assertion sera suffisamment prouvée par les détails suivants.

A. *Etat normal.* Lorsque, dans les premiers mois de la gestation, on examine avec soin les filaments qui s'élèvent du chorion et se plongent dans la caduque pour constituer le placenta, on les trouve noueux, c'est-à-dire renflés et étranglés alternativement en forme de chapelet; c'est là ce qui avait été pris par d'anciens auteurs, tantôt pour des vaisseaux lymphatiques renflés comme après une injection de mercure, tantôt pour des glandes. De là l'opinion de Vallisnieri (2) que les hydatides utérines sont des varicosités de ces vaisseaux lymphatiques; et celle de Ruysch, savoir que les hydatides du placenta ne sont que des dilatations de ses glandes ordinairement très petites. Cette opinion a été renouvelée et démontrée avec tous les détails désirables, dans ces derniers temps par M. Velpeau, par Désormeaux et nous-même (3). On en a

(1) Quant à la cause même de cette dégénérescence, il nous paraît impossible, jusqu'à présent, de la déterminer. Nous avons prouvé ailleurs qu'elle ne tient pas à l'âge de la mère, car rien n'a été plus varié dans les cas connus de grossesse hydatique. Il semble quelquefois exister une prédisposition individuelle; des femmes ont produit, à plusieurs reprises, des moles hydatiques; mais chez beaucoup d'autres, chez le plus grand nombre même, le part hydatique a été précédé ou suivi d'une ou plusieurs couches normales.

(2) *Storia del parto vescicolare.*

(3) *Nouvelles Recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la mole vésiculaire;* par madame Boivin, 1827.

rejeté seulement ce qu'elle avait d'improbable, la nature vasculaire ou glanduleuse des renflements offerts par les villosités du chorion et les filaments du placenta, dont la nature purement cellulaire et la structure spongieuse ont été manifestées par les recherches de Baër, de MM. Velpeau, Breschet et Raspail.

B. *Mole vésiculaire embryonnée.* Les nodosités dont il vient d'être question sont quelquefois seulement un peu plus fortes, un peu plus évidemment creuses à la surface de quelques ovules abortifs, et Albinus indique cet état de transition entre la conformation normale et la morbide (1) par des paroles trop précises et trop claires, pour n'être pas littéralement énoncées ici : *vasa placentulæ soluta, libera, per intervalla contractiora, mediis locis capaciora, et tanquàm si incœperint in hydatides degenerare* (2). De là, l'opinion de Vallisnieri déjà citée, et celle de Reuss (3) qui ne voit, dans les hydatides, que des sortes de varices placentales dont la première origine est due à des valvules imaginaires. Celle que nous avons adoptée ne saurait plus être révoquée en doute quand on voit un chorion renfermant l'embryon comme de coutume, et couvert de villosités dont les unes sont simplement granuleuses, les autres garnies de nodosités plus saillantes, d'autres enfin formant des chapelets de vésicules dont plusieurs offrent le volume de celles qu'on trouve dans les grappes d'hydatides expulsées sans embryon, sans cavité centrale. On peut consulter sur ce point la figure soignée donnée par Grego-

(1) Nous possédons un œuf humain qui présente exactement la même disposition ; il a été décrit dans les recherches mentionnées plus haut (*observ.* 6).

(2) *Annotationes acad.*, lib. I, p. 69.

(3) *Novæ quœdam obs. circa structuram vasorum in placenta*, etc. 1784.

rini (1), et l'observation publiée par le professeur Dubrueil (2). A la vérité, c'est à la caduque que notre estimable collégue rapporte les vésicules pédiculées qu'il a vues à la surface d'un œuf abortif; mais ce qui peut faire croire que les filaments hydatigères avaient seulement traversé cette production et appartenaient réellement au chorion, c'est l'adhérence qui existait entre l'une et l'autre de ces membranes. Il faut mettre au même rang les observations de Vallériola, de Malpighi (*citées par Vallisnieri*), de Wrisberg (3), de Leray (4), où tout l'œuf était couvert d'hydatides; et celle de Ruysch où le placenta était à moitié converti en vésicules. Nous-mêmes en avons vu de semblables sur deux points du chorion voisins du limbe d'un placenta à terme (*madame Boivin, quatrième observation*).

C. *Mole vésiculaire creuse.* Dans l'observation du professeur Dubrueil, l'embryon avait subi déjà une altération qui indiquait peut-être une nutrition viciée, affaiblie, quoique la dégénérescence de ses enveloppes fût peu considérable; il était anencéphale. Celui de Leray était plus altéré encore : long de quelques lignes, adhérent à l'amnios par une vésicule ovoïde, il ne laissait voir de distinct que le foie, le cœur et l'aorte. Il ne faut donc pas s'étonner que, dans un œuf couvert d'hydatides, on n'ait d'autres fois rencontré, au lieu de fœtus, qu'une vésicule suspendue à un filet (*Sandifort*), ou bien un

---

(1) *De hydrope uteri et de hydatidibus in eo visis, etc.*

Nous renverrions aussi à la figure de Paul Portal annexée à la fin de sa *Pratique des Accouchements*, si cette figure n'était évidemment faite d'imagination et non d'après nature. Toutefois le fait subsiste; l'œuf hydatique était encroûté d'un caillot fibrineux et renfermait un embryon.

(2) *Revue médicale*; novembre 1831.

(3) *Novum Commentum Goting*, t. IV, p. 73.

(4) *Nouveau Journal de Médecine*; mai 1822.

petit groupe de vésicules (*madame Boivin, cinquième observation*). Enfin ce filet, rudiment du cordon ombilical, s'est montré le seul reste de ce que l'amnios avait pu naguère renfermer de solide; et ces faibles traces ont manqué totalement dans d'autres circonstances, quoique la cavité amniotique fût assez grande et bien régulière (1).

D. *Mole vésiculaire en masse.* Jusqu'ici nous n'avons parlé que de collections peu considérables de vésicules; le volume de la masse étant déterminé par celui de l'œuf même. Il paraît qu'un séjour plus prolongé permet un développement, une multiplication considérable de ces hydatides en grappe, en même temps que, comme pour la mole charnue, la cavité centrale s'efface, et que l'amnios disparaît. Toutefois le centre ou noyau offre généralement encore quelque chose de fongueux qui rappelle le tissu du placenta, et le tout est enveloppé d'une membrane épaisse, en rapport immédiat avec l'utérus, membrane souvent oubliée ou inaperçue, parce que ces fausses hydatides sortent fréquemment par lambeaux, mais que nous signalons comme constante et comme représentant évidemment l'épichorion, la caduque. On peut voir cette membrane dans la figure annexée au mémoire publié par l'un de nous sur ce sujet; on y verra aussi que la grappe est formée par des vésicules de dimensions variées, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une olive; que leur forme est généralement oblongue, souvent terminée par deux pointes, répondant chacune à un pédicule qui lie la vésicule à d'autres; que tantôt ces pédicules sont ramifiés, collés à d'autres bulles membraneuses, tantôt partant de l'une d'elles en nombre plus considérable, mais toujours sem-

(1) *Burdach*, *de læsione partium fœtus nutritioni inservientium*, *etc.*, *in thes. Schleg.* t. II, tab. III.

blant n'être que la continuation ou le partage de ceux qui émanent du noyau central, et diversement renflés dans leur marche excentrique en forme de chapelet irrégulier et rameux. C'en était bien assez de ces remarques pour faire repousser l'opinion des pathologistes modernes, prônée particulièrement par feu Percy, savoir, que ces hydatides étaient, comme les acéphalocystes, des productions animées, des entozoaires comparables aux cysticerques, aux cœnures, etc. Un examen plus minutieux, plus attentif aurait bientôt encore convaincu de la différence de nature qui existe entre la mole vésiculaire et les vraies hydatides. La membrane de ces dernières est molle, comme pulpeuse, assez épaisse, facile à déchirer; celle des vésicules utérines est mince, coriace, semblable aux séreuses, et l'on peut quelquefois voir des vaisseaux sanguins ramper sur ses parois, comme nous nous en sommes tous deux assuré. Elles ressemblent beaucoup aux petits kystes séreux qui environnent souvent les ovaires, les trompes, et y sont attachés par de longs pédicules, à ceux encore que renferment si souvent les plexus choroïdes, et qu'il ne faut pas confondre avec les vers vésiculaires qu'on trouve quelquefois dans le cerveau même de l'homme, mais bien plus fréquemment dans celui des animaux ruminants.

Ainsi fixés sur la nature de la mole vésiculaire, nous sentirons aisément que ses symptômes, sa durée, sa terminaison (1), doivent peu différer de ce qui appartient à la mole charnue. Toutefois on peut dire : 1° que l'utérus se présente ici, en général (2), moins pesant,

---

(1) Comme la mole charnue, la mole hydatique a quelquefois compliqué une grossesse ordinaire; mais cela est plus rare pour celle-ci que pour celle-là.

(2) On verra, dans nos observations particulières, un exemple du contraire. Cela prouve seulement l'incertitude du diagnostic dans un certain

moins dur, quoique sans fluctuation plus manifeste; 2° que la durée de cette fausse grossesse est souvent plus longue (de trois à dix mois) (1); 3° que ces fausses hydatides sont plus fréquemment rendues par lambeaux, et, par conséquent, en plusieurs fois. Aussi l'hémorrhagie, les douleurs, entretenues par ce travail à résultats incomplets, ont-elles été assez souvent fâcheuses, et a-t-on vu même plusieurs fois la mort survenir avant l'expulsion de la mole vésiculaire.

De cette analogie d'origine, de nature et de terminaison, résultent aussi des indications presque identiques. Nous ne nous y arrêterons donc pas plus longuement; les observations ci-jointes suppléeront d'ailleurs à quelques détails minutieux que nous avons dû éviter dans le texte.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Mole hydatique creuse expulsée douze mois et demi après l'imprégnation.

Madame D..., âgée de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, éprouva tous les symptômes d'une grossesse : suppression des règles, nausées fréquentes, tristesse sans motifs apparents. Pendant cinq ou six mois,

---

nombre de cas. Quant à l'expulsion de quelques hydatides, que beaucoup d'auteurs donnent comme le seul signe pathognomonique, nous devons faire remarquer que ce signe n'existe jamais qu'avec un commencement d'expulsion, un travail définitif, et qu'il ne dissipe, en conséquence, tous les doutes que dans l'instant où ils ont le moins d'importance.

(1) Nous donnerons un exemple de part hydatique au treizième mois; on parle même d'une mole hydatique de quinze livres trouvée sur le cadavre d'une femme dont le ventre était gonflé depuis cinq ou six ans. C'est un fait exceptionnel, comme les cas de mole charnue portée pendant plusieurs années de suite.

le ventre acquit un peu de volume, et tout laissait espérer une grossesse heureuse.

Au neuvième mois, point de douleurs. Elle consulte plusieurs médecins. Un accoucheur la trouva enceinte, mais observa que la grossesse ne datait que de quelques mois. M. Bourgeois, chirurgien de la maison Royale de Saint-Denis, et M. Marjolin furent du même avis; mais six mois s'écoulèrent encore, et rien de nouveau ne se déclara. Enfin, quinze jours plus tard, c'est-à-dire douze mois et demi après la première suppression des menstrues, madame D... fut prise, pendant la nuit, de douleurs violentes. Une perte abondante survint, et l'on appela M. Lambert, chirurgien de l'hospice dans la même ville : il fit l'extraction de la mole qu'il avait aussitôt reconnue. La tumeur s'est lacérée pendant son extraction; elle contenait, dans sa cavité bien reconnaissable pour celle de l'amnios doublé du chorion, un liquide dont on estimait la quantité à huit onces. Les membranes qui tapissaient cette cavité, étaient environnées d'une quantité considérable d'hydatides très transparentes et dont la grosseur pouvait varier depuis celle d'une amande jusqu'au plus petit grain de sable. Plusieurs de ces hydatides faisaient saillie dans la cavité même; un groupe de ces vésicules saillantes semblait avoir été l'origine ou le reste d'un cordon ombilical. A l'extérieur, cette masse était lobulée, granuleuse, comme la face externe d'un placenta à terme. (*Voyez* pl. XVII.)

Pendant la gestation de cette mole, ni après son expulsion, il ne s'est rien manifesté dans les seins. Il est à remarquer aussi que nulle perte de sang ne s'est montrée durant le cours de cette grossesse. Les lochies ont coulé pendant plusieurs jours. (Observation communiquée par M. Vernois, élève à la maison de santé.)

N° 2.

Mole hydatique expulsée au quatrième mois.

Madame Louise D..., âgée de vingt-trois ans, née et élevée à Paris, de constitution forte, et ayant les yeux bruns, les sclérotiques jaunes, quoique lymphatique et sujette aux flueurs blanches, à la constipation, menstruée régulièrement depuis l'âge de onze ans, est devenue six fois enceinte dans l'espace de quatre années. La première grossesse fut bonne; la deuxième se termina, à trois mois, par l'expulsion d'une mole charnue; la troisième marcha péniblement jusqu'à son terme normal; la quatrième donna lieu à un avortement à mi-terme, avec hémorrhagie considérable; la cinquième, enfin, fut un avortement ordinaire. La sixième grossesse est celle dont nous voulons particulièrement nous occuper. Durant quatre mois qui constituèrent sa durée, pertes de sang irrégulières, et dont l'une se soutint jusqu'à neuf jours de suite, non sans causer un affaiblissement considérable; la pâleur, la bouffissure, nausées, tiraillements douloureux à la région de l'estomac, vomissements, constipation opiniâtre, douleurs dans les reins et les hanches, fièvre passagère, œdème des jambes, accroissement rapide du ventre; de telle sorte qu'à trois mois et demi, son volume est le même qu'à sept mois d'une vraie grossesse. La tumeur formée par le développement de l'utérus est large, molle, inclinée à gauche, sans fluctuation manifeste, et se laisse facilement déprimer. Du côté du vagin, on sent le col de l'utérus fort élevé, et son orifice externe largement ouvert, l'interne très resserré. Le part hydatique s'annonça par l'accroissement des douleurs lombaires et hypogastriques, par l'ouverture de l'orifice interne du col, avec un ramollissement considérable du museau de tanche, par l'abaissement du globe utérin et son durcissement momentané. Bientôt le col,

graduellement raccourci, s'effaça complétement; une masse molle, inégale comme la face externe du placenta, se présenta au toucher, sur-tout lors du retour des contractions utérines; alors aussi, du sang s'écoulait avec plus d'abondance.

Un mélange d'eau salée et de vinaigre, injecté dans le rectum, activa les contractions et les rendit plus fréquentes; il en résulta l'expulsion d'une grande portion de la mole hydatique. Durant trois quarts d'heure, les douleurs se suspendirent totalement; un nouveau clystère semblable au précédent les réveilla et procura la sortie du reste des vésicules. Le travail en totalité avait duré dix heures.

Une injection avec l'eau salée et vinaigrée fut faite dans l'utérus pour entraîner les débris de la mole. Celle-ci, plongée dans l'eau chaude, comme l'a fait Percy, n'a manifesté aucun signe de vie, n'a exécuté aucun mouvement; l'eau salée, le vinaigre n'ont pas produit plus d'effet.

La faiblesse fut extrême le premier jour; le lendemain survinrent des frissons et de la fièvre, puis les mamelles se tuméfièrent, et les lochies, un instant puriformes, redevinrent sanguinolentes. Vers le quinzième jour, une perte abondante et de la diarrhée furent occasionées par une indigestion. A cette époque, l'utérus, jusque là mollasse et largement ouvert, commença à se resserrer. Les injections astringentes et aromatiques n'en avaient point diminué le volume et la mollesse; l'eau salée et vinaigrée parut plus efficace. La convalescence était complète à la fin du mois; et, l'année suivante, une nouvelle grossesse a eu lieu, bonne cette fois et terminée par un accouchement des plus heureux.

N° 3.

Mole hydatique expulsée au huitième mois.

Madame Claire D....., âgée de vingt-huit ans, née à Bordeaux, élevée à Paris, délicate et nerveuse, mais brune, n'a été menstruée qu'à seize ans, régulièrement et sans flueurs blanches. Après son mariage une antéversion de l'utérus parut s'opposer, pendant deux ans, à l'imprégnation; mais, depuis le redressement de cet organe, elle eut quatre grossesses en six années. Premier accouchement à terme; hémorrhagie attribuée à une vive émotion et à un vice de conformation du placenta. Deuxième et troisième accouchements *sans douleurs*. La quatrième grossesse s'annonça par des vomissements, la sécheresse de la peau, un froid glacial des membres. Une petite perte eut lieu à trois mois. Des sangsues à l'épigastre arrêtèrent et la perte et les vomissements : la première reparut bientôt et se renouvela fréquemment, mais peu abondante chaque fois. L'utérus ne sembla point s'accroître plus rapidement que dans une grossesse ordinaire : long-temps il resta fort bas; son col était très long, mince, replié en avant sur le coccyx et le périnée; on ne sentait dans son corps aucune fluctuation; il semblait compact et dur, un peu douloureux. Vers le sixième mois, amaigrissement, gonflement des mamelles; les pertes continuent. Au huitième mois, l'utérus n'avait que le volume qu'il offre à cinq mois de vraie grossesse; son col était gros et redressé : des douleurs vives et le retour de la perte, depuis quelque temps suspendue, annoncèrent le part hydatique; une masse granuleuse se présenta en même temps au col de l'utérus, dont l'orifice vaginal était entr'ouvert; un peu de sang vermeil s'écoulait à chaque contraction utérine. Ce travail dura douze heures, encore fallut-il l'activer par un lavement semblable à ceux dont il est question dans l'observation précédente.

Il en résulta ici d'intolérables douleurs dans les reins et dans l'utérus, puis l'expulsion, en deux fois, d'une masse hydatique qui fut examinée avec autant de soin que la précédente, et avec les mêmes résultats.

Après l'expulsion, les douleurs persistèrent pendant trois ou quatre jours avec beaucoup de violence, accompagnées de diarrhée, de fièvre, d'intumescence des mamelles. Ces douleurs reparurent même momentanément le onzième jour, à l'occasion de quelques caillots. L'utérus fut aussi très long-temps à diminuer de volume et à resserrer son orifice; cette réduction ne commença d'être sensible que vers le dix-huitième jour, mais elle fut rapide; le vingt-quatrième, elle était presque complète, et dès lors, le rétablissement de la santé ne tarda pas à être entièrement obtenu. Cette dame est devenue enceinte deux fois depuis; elle est accouchée à terme et heureusement, d'enfants bien portants.

N° 4.

Mole hydatique expulsée au septième mois. (1)

Appelée auprès d'une femme qui depuis deux jours perdait du sang en abondance par la vulve et s'en trouvait excessivement affaiblie, je commençai par examiner l'état des organes génitaux. Je trouvai l'orifice externe de la matrice dilaté de sept à huit lignes, son col encore long et épais; l'orifice interne inaccessible au doigt. Je ne pus reconnaître le ballotement, ni, par conséquent, m'assurer de la présence d'un fœtus dans l'utérus; cet organe était pourtant fort développé, mais son fond ne dépassait pas l'ombilic, quoique la malade se crût enceinte de sept mois. L'hémorrhagie augmentait de moment en moment;

(1) Observation communiquée en 1819, à madame Lachapelle, par une de ses anciennes élèves.

je tamponnai le vagin et fis prendre de l'eau sucrée aiguisée de quelques gouttes d'eau de Rabel. Le sang étant ainsi arrêté, la malade reprit des forces et commença à sentir des douleurs expultrices, et en effet l'utérus se durcissait par intervalles. Tout-à-coup elle dit éprouver le besoin d'évacuer des matières fécales; on la place sur un bassin, et là, dans un effort, elle chasse du vagin le tampon suivi d'une masse de vésicules. La matrice avait diminué d'un quart environ; mais, peu après, le sang coule avec une force nouvelle, et une deuxième portion de mole vésiculaire est chassée; une troisième, précédée aussi d'un nouvel écoulement de sang, est enfin poussée au-dehors un quart d'heure après la deuxième. Après la dernière agglomération d'hydatides venait une masse spongieuse semblable à un placenta putréfié. Le tout pesait quatre livres, et les hydatides paraissaient être approximativement au nombre de quatre à cinq mille.

A la suite de cette évacuation, la matrice revint sur son centre, et je reconnus qu'elle n'était plus embarrassée d'aucun corps étranger, mais la malade était dans une grande faiblesse; néanmoins ses forces, soutenues convenablement, se relevèrent, et le troisième jour la sécrétion du lait s'annonça par le gonflement des mamelles; mais elle s'arrêta presque aussitôt.

Cette femme était âgée de vingt-huit ans, et enceinte pour la quatrième fois: dans les trois autres couches elle a donné le jour à deux garçons et une fille. On pourrait conclure de ce fait et des deux précédents, que la multiplicité des grossesses prédispose à la mole vésiculaire.

CINQUIÈME SECTION.

EXCROISSANCES ET DÉGÉNÉRESCENCES.

CHAPITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS. — DÉGÉNÉRESCENCES ET EXCROISSANCES DIVERSES.

Dirigeant, vers une utilité directe, nos vues principales dans la rédaction du présent travail, nous ne devons pas insister sur des objets presque entièrement du domaine de l'anatomie pathologique, et qui ne donnent lieu à aucune application pratique, soit que leur nature et leurs caractères soient trop peu connus encore, soit qu'ils se confondent assez naturellement avec d'autres plus ordinaires et plus importants, et ne s'en distinguent ni par le diagnostic, ni par le pronostic, ni par les indications qui en naissent. En établissant donc ici la division des dégénérescences dont le tissu de l'utérus est fréquemment le siége, nous aurons tout dit en peu de mots pour certaines de ces altérations; nous en renverrons d'autres à des chapitres particuliers et convenablement étendus. Mais d'abord nous devons écarter de notre sujet actuel tout ce qui ne s'y rattache pas immédiatement. Ainsi les excroissances légères, dont les surfaces diverses de l'utérus peuvent être chargées, mais qui ne tiennent qu'à

une turgescence inflammatoire, aiguë ou chronique, trouveront place ailleurs. Ailleurs aussi nous parlerons des ulcères proprement dits; mais nous dirons ici un mot des fongosités qui s'en élèvent quelquefois, parce que cette assertion, quoique probable, n'est pas suffisamment prouvée, comme nous l'allons voir.

Nous partagerons les dégénérescences et excroissances dont nous avons à parler ici, en sept genres, selon la nature de l'altération qui les constitue : dégénérescences vasculeuse, cellulaire, fibreuse, osseuse, tuberculeuse, stéatomateuse, cancéreuse.

A. *Dégénérescence vasculeuse.* 1° Nous mentionnerons d'abord ici, sous ce titre, les fongosités molles et granuleuses dont il était question tout-à-l'heure, et dont, en effet, la reproduction rapide, l'origine probable, et la facilité avec laquelle le contact en fait couler du sang, semblent indiquer que des capillaires de nouvelle formation en constituent essentiellement la trame. C'est là ce que Levret a signalé sous le nom de *vivaces;* fongosités que lui-même éloigne avec raison des vrais polypes, dans l'histoire desquels on a cependant pris l'habitude de les mentionner, à l'instar de ce célèbre accoucheur. Nos connaissances sur ce sujet sont encore enveloppées d'une grande obscurité. Les ulcérations qui donnent naissance aux vivaces sont-elles primitivement cancéreuses, ou bien ont-elles seulement une grande tendance à le devenir? La facilité avec laquelle on les voit renaître, semble autoriser la première opinion. Voici, au reste, la substance de deux observations rapportées par le docteur Hervez de Chégoin, et qui fixeront sans doute, à ce sujet, l'opinion de nos lecteurs.

Une femme de cinquante ans avait, depuis un an, des pertes de sang très fréquentes. M. Hervez la touche, et trouve implantée, sur un point saillant du museau de tanche, à la lèvre postérieure, une production charnue,

granulée, et de trois pouces de long; elle était tellement molle, que chaque exploration détachait des parcelles de ce chapelet fongueux et saignant. Une ligature, placée avec précaution sur son point d'origine, la coupa brusquement; il en résulta une hémorrhagie violente que le tamponnement arrêta. Pendant huit mois, point d'apparence de récidive, mais le point d'insertion de la tumeur resta un peu élevé. Six mois plus tard, retour d'une semblable fongosité, du volume d'une amande, et, en même temps, développement de diverses tumeurs autour de la matrice, pouls fébrile, teint jaunâtre, affaiblissement rapide, en un mot, symptômes évidents de cachexie cancéreuse.

L'autre femme, âgée de quarante-huit ans, et sujette également à des pertes accompagnées de vives douleurs utérines, permit de sentir, à travers l'orifice utérin entr'ouvert, des végétations dont plusieurs fragments granuleux, d'un rouge-brun, et réunis par des filaments membraneux, furent expulsés à diverses reprises. Quelques excroissances pareilles se montrèrent sur le museau de tanche, et une diathèse cancéreuse, encore plus prononcée que dans le cas précédent, fit périr la malade. Il nous semble donc que ces excroissances, souvent à base large, à surface inégale, granuleuse, rouge, saignante et sans membrane extérieure, ne sont qu'une suite, qu'un effet, une forme du cancer, comparable à celle que nous décrirons par la suite sous le titre de cancer fongueux.

2° C'est encore au cancer, mais à une autre forme (cancer hœmatode), que nous rapporterons une production ou dégénération vasculeuse d'un autre genre. Plusieurs fois nous avons vu des femmes, sujettes à des hémorrhagies fréquentes par le vagin, n'offrir à nos recherches d'autre lésion qu'un gonflement douloureux du museau de tanche, un ramollissement, quelquefois avec

érosions superficielles, avec une couleur violette, et toujours avec une grande facilité à exhaler du sang au moindre contact. Cet état, dont nous parlerons ailleurs, au sujet de la métrorrhagie, s'est quelquefois changé en une dégénérescence véritable du col utérin, qui, toujours violet ou brun, et saignant avec facilité et abondance, soit spontanément, soit par l'effet d'une irritation venue du dehors, finissait par se tuméfier et se ramollir à l'extrême, et enfin par s'ulcérer, se détruire en totalité. Nous en donnerons plus loin des observations détaillées, et l'on y verra combien ces altérations ressemblent à certains cancers des organes extérieurs du corps, dans lesquels la masse encéphaloïde semble imbibée, pénétrée de sang comme une éponge, et qui fournissent perpétuellement une évacuation tantôt peu considérable, tantôt surabondante de ce liquide contenu, appelé dans la vaste capacité des nombreux vaisseaux de formation nouvelle que la tumeur enserre entre les molécules de la substance cérébriforme, de manière à donner au tout l'aspect d'un caillot coriace. Ces sortes de cancers ont été désignés par les chirurgiens anglais sous le nom de *fungus hœmatodes;* mais la transformation qui, chez nous, porte le même nom, est toute autre chose : c'est leur *anévrysme par anastomose*, notre *tissu érectile accidentel;* affection trop rare, pour avoir été jusqu'ici suffisamment étudiée dans l'utérus. Nous croyons, en effet, que c'est au cancer hématode, et non à la dégénérescence érectile, qu'il faut appliquer ce que dit Hooper de la *substance hœmatoïde :* c'est, dit-il, une substance molle, qui a quelque ressemblance avec un caillot de sang veineux, mais qui contient des portioncules d'un tissu plus solide. Cette même dégénérescence a été tout récemment décrite par le docteur Duparcque, sous le nom de cancer sanguin.

B. *Excroissances cellulaires.* Le mot polype, dit

M. Breschet, devrait être rayé du dictionnaire de la médecine, parce que son sens n'est pas bien rigoureux ni bien déterminé. On a effectivement donné ce nom à des excroissances de natures très diverses ; les végétations cancéreuses ont assez souvent été ainsi désignées, et appelées polypes sarcomateux ou squirrheux, polypes fongueux, polypes granuleux. On a aussi donné le même nom, avec l'épithète de celluleux, muqueux ou vésiculeux, à des productions molles, ordinairement pédiculées, souvent multiples, et presque toujours de volume médiocre : tantôt violacées, plus souvent jaunâtres à l'extérieur, formées d'un tissu cellulaire imbibé d'une humeur visqueuse, et revêtu extérieurement d'une enveloppe membraneuse, mince et vasculaire. Ces excroissances, très communes dans les fosses nasales, le sont fort peu dans l'utérus; et beaucoup d'auteurs ne semblent en avoir admis l'existence que par induction, d'après l'analogie, et non d'après l'observation directe. En considérant la structure de ceux du nez, il semble que les follicules muqueux de la membrane pituitaire y soient entrés pour beaucoup, car la matière qui les imprègne a la consistance du mucus, et semble contenue dans des vacuoles, dont on peut même, en partie, la faire sortir par la compression. L'intérieur de l'utérus est loin d'être semblable, par sa texture, à l'intérieur des fosses nasales ; de là sans doute, la rareté des polypes vésiculeux ou cellulaires qui ici nécessitent une production nouvelle, tandis que là ils n'étaient que le résultat de l'hypertrophie dans des tissus primitivement existants. Nous emprunterons encore au mémoire de M. Hervez de Chégoin, quelques faits propres à éclaircir notre sujet actuel.

Une femme de cinquante ans était sujette à des pertes sanguines depuis sept mois. L'orifice utérin entr'ouvert permet de sentir une saillie lisse, arrondie, non dou-

loureuse. On tente la ligature de cette excroissance, mais elle échappe à l'anse du fil ; on veut la fixer avec une érigne, l'érigne la déchire; enfin des tenettes la tiennent immobile, et on la lie le plus haut possible ; mais la ligature coupe le pédicule, et ramène un polype de la forme d'une figue, long d'un pouce et demi, et d'un rouge-brun. La pression en fit couler du sang, et en réduisit beaucoup le volume.

Dans un assez grand nombre d'autres cas, ces sortes de polypes avaient pris naissance sur le museau de tanche, là où la muqueuse du vagin existe encore en réalité. Un de ceux-ci, qui n'avait décelé sa présence par aucun symptôme durant la vie, avait la forme et le volume de l'amande d'un noyau de prune; il était mou, d'un brun-rouge, strié de vaisseaux très fins, et se détacha facilement de la surface à laquelle le suspendait un mince pédicule. Enfin le même observateur en a trouvé sur le cadavre trois à peu près du même volume, deux fixés au fond de l'utérus, un dans la cavité du col. Il est à remarquer que l'extérieur de ces petites tumeurs se continuait avec le tissu de l'utérus. Ce tissu en faisait donc l'enveloppe. A l'intérieur, ce polype était aussi en continuité de substance avec la matrice, ce qui prouve qu'il n'en était qu'une extension devenue plus cellulaire, plus filamenteuse. Pour nous, il nous est arrivé assez souvent d'observer de pareilles expansions des polypes très petits; mais ils nous ont paru, dans leur organisation, ressembler beaucoup aux polypes volumineux, fibreux ou charnus dont nous parlerons plus tard, et dont sans doute ils n'étaient que le principe (B). Nous en concluons qu'il ne faut pas prendre tous ces petits corps pour des polypes muqueux ou vésiculeux, et que ceux-ci sont au contraire fort rares. Nous ne nous en occuperons donc pas davantage, et ce avec d'autant plus de raison, que leur diagnostic et leur thérapeutique diffèrent peu ou point

de ce que nous dirons des polypes fibreux. Seulement on conçoit que l'arrachement en serait possible, même dans l'utérus, comme dans les fosses nasales : c'est ce dont la mollesse et le peu de résistance de la tumeur, lors du toucher ou des tentatives opératoires, instruiront suffisamment tout chirurgien un peu expérimenté; et l'on peut abandonner, sans crainte, de pareils détails à la sagacité la plus ordinaire.

C. *Dégénérescences charnue et fibreuse.* Il est, la plupart du temps, impossible de dire ce que les auteurs ont entendu par tumeurs charnues ou sarcomateuses : tantôt, en effet, on peut croire qu'ils n'ont voulu parler que d'un squirrhe peu dur, d'un cancer à l'état de crudité; tantôt c'était une tumeur fibreuse qu'ils ont ainsi qualifiée. Il est effectivement un certain nombre de ces dernières qui, plus vasculeuses, plus rouges, moins dures que les autres, ont une certaine ressemblance avec de la chair musculaire condensée, avec le tissu même de l'utérus. Ce sont celles qui dégénèrent le plus aisément en cancer, et qui produisent le plus d'hémorrhagies; mais ce ne sont pas les plus nombreuses, et d'ailleurs elles diffèrent si peu aux yeux du praticien des dégénérescences bien évidemment fibreuses, il existe entre ces deux apparences des intermédiaires si nombreux, et la transition de l'une à l'autre est si insensible, que, à part les courtes réflexions que nous venons de faire, tout ce que nous aurions à dire des tumeurs sarcomateuses se retrouvera dans le chapitre destiné aux tumeurs fibreuses. Les dégénérescences fibreuses ou albuginées sont bien souvent attachées à l'intérieur de l'utérus sous la forme d'excroissances pédiculées, forme qui constitue essentiellement ce qu'on est dans l'usage de nommer *polype*; mais parfois aussi ces tumeurs ont une base large; parfois elles sont cachées dans l'épaisseur des parois du viscère, ou bien même font saillie à sa surface extérieure, et cette

disposition est assez fréquente, assez importante pour mériter aussi un chapitre spécial.

D. *Dégénérescences cartilagineuse et osseuse.* Les tumeurs dont il vient d'être question, s'endurcissent parfois au point d'acquérir la consistance cartilagineuse, et même celle de l'os. Certaines dégénérescences tuberculeuses semblent aussi se concréter et prendre la dureté de la pierre; c'est là ce qui constitue d'abord, comme nous l'avons dit déjà, les calculs de la matrice, et, en second lieu, les cartilaginifications, ossifications, pétrifications extérieures ou interstitielles, partielles ou totales, dont il est question dans les auteurs. Totales, elles succèdent sans doute à une dégénérescence fibreuse universelle, ou bien elles ne sont qu'apparentes, et dues à un dépôt plâtreux, pierreux, sous le péritoine qui recouvre la matrice; partielles, elles sont fréquemment entremêlées à d'autres dégénérescences, la fibreuse, la tuberculeuse, la stéatomateuse, la cancéreuse. Dans le mémoire de Louis sur les concrétions calculeuses de la matrice, on trouve trois observations de pétrification ou ossification de tout l'utérus. Une femme, morte de consomption à l'âge de soixante ans, et portant, depuis vingt, une tumeur dure à l'hypogastre, offrit au chirurgien Mayer un utérus osseux, de la grosseur d'une boule à jouer aux quilles, tapissé extérieurement par le péritoine, et rempli de pus; les parois avaient quatre lignes d'épaisseur. On trouve aussi, dans ce mémoire, la figure de deux utérus osseux, dont l'un avait appartenu à l'anatomiste Verdier, l'autre au chirurgien De la Fitte. Le premier utérus, fort volumineux, contenait un fluide lymphatique; le deuxième renfermait un calcul isolé dans son intérieur. Hooper dit également avoir vu un utérus de volume ordinaire, mais irrégulier à sa surface, composé d'une masse osseuse, recouverte d'une couche de fibres, et, en quelques points seulement, du péritoine. L'ana-

lyse chimique y a fait, dit-il, reconnaître principalement du phosphate et un peu de carbonate de chaux, et beaucoup de matières animales ; c'est là ce qu'il appelle osteoma de l'utérus.

Quant aux ossifications partielles, le même mémoire de Louis en contient des exemples, sous le titre de pierres chatonnées dans la matrice. D'autres ossifications ou cartilaginifications partielles ont été décrites dans une dissertation soutenue à Berlin, en 1830, par F.-A. Moritz (1); mais la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse n'y était jamais pure et sans mélange de quelque autre, non plus que dans les cas dont nous avons été témoins nous-même. Hooper, au contraire, paraît avoir observé des tumeurs cartilagineuses (chondroma), isolées et bien circonscrites dans la substance même de la matrice. Mais n'était-ce pas là de simples tumeurs fibreuses un peu consistantes? On sait que cette consistance est très variable, depuis celle du sarcome, jusqu'à celle qui avoisine l'état osseux. Ce qui autorise encore cette opinion, c'est le nom qu'il donne aux dégénérescences fibreuses ; il les appelle sous-cartilagineuses.

Le pronostic de ces sortes de dégénérescences n'est pas aussi peu défavorable qu'on pourrait le croire, puisqu'il n'empêche pas le sujet de dépérir et de succomber à l'épuisement. Il est bien rare qu'on voie, en pareil cas, des accidents rapidement mortels. Une femme, jeune encore, succomba, en peu de mois, à une ascite précédée de fièvre et de douleur à l'hypogastre : l'utérus, peu augmenté dans son volume, était cartilagineux et presque osseux, dit Lieutaud (2). Mais c'est ordinairement dans un âge avancé qu'a lieu une semblable terminaison, et

(1) *Obs. in uteri morbos organicos*, observ. 1, 3, 4, 9, 21.

(2) *Historia anatomico medica*, t. I, p. 320.

l'art ne peut faire, pour le salut des malades, aucune tentative qui n'offre des chances plus défavorables que le mal même. Le diagnostic n'aurait donc d'importance qu'en faisant exclure l'idée de quelque autre affection plus fâcheuse ou plus attaquable. Nous y reviendrons à propos de l'aménorrhée, qui en est la compagne ordinaire, et des tumeurs fibreuses, squirrheuses, etc., avec lesquelles on pourrait confondre la dégénérescence osseuse. On comprend aisément que c'est sur la consistance de la tumeur représentée par l'utérus, ou la région de l'utérus affectée, que se fonde la distinction entre ces altérations diverses.

E. *La dégénérescence tuberculeuse* est encore une de celles qui sont rarement isolées dans l'utérus, bien plus souvent mélangées à d'autres, et dont par conséquent le diagnostic et le pronostic sont complexes, douteux, peu ou point soumis à des règles qu'il soit permis d'énoncer d'une manière nette et précise. D'ailleurs elle a fréquemment été confondue, même anatomiquement, avec le stéatome et le squirrhe. Aujourd'hui on a mieux restreint la valeur de cette expression ; on entend par tubercule cette altération ou cette production dans laquelle la substance d'un organe est infiltrée, couverte ou seulement écartée par un amas de matière concrète, blanche ou jaunâtre, plutôt albumineuse que d'autre nature, non graisseuse, et de consistance variée depuis la fermeté d'une châtaigne crue ou d'une matière plâtreuse, jusqu'à celle d'une bouillie puriforme. Ce n'est pas ici le lieu de disserter sur l'origine des tubercules : l'un de nous s'est acquis, par une multitude de recherches, la conviction que souvent, comme l'a dit Baron, il y a là une production nouvelle primitivement vésiculeuse, petite, incolore, puis croissant en volume, en consistance, en opacité (B). Dans d'autres cas, on ne peut nier que la dégénérescence tuberculeuse ne consiste en un simple dépôt d'une sorte

de pus concret dans les mailles du tissu affecté, dans quelques vacuoles naturels d'un organe, parfois encore à une surface libre. Telles sont même, on peut le dire, la plupart des productions tuberculeuses dont l'utérus peut devenir le siége; rarement elles se voient dans l'épaisseur de ses parois, le plus souvent c'est à sa surface externe ou interne.

1° A l'extérieur, le tubercule est quelquefois isolé, saillant, arrondi, enkysté sous le péritoine, mais adhérent par une base large au tissu de la matrice : c'est ce que nous avons vu une fois sur le cadavre d'une jeune femme morte d'une méningite avec ramollissement du cerveau, survenue au milieu du huitième mois de la grossesse. Cette femme était petite, mais de forte constitution; l'utérus renfermait un fœtus placé de manière à présenter au détroit supérieur le vertex dans la deuxième position. A la face postérieure et vers le haut de cet organe, se voyait une tumeur saillante et de la grosseur d'un œuf de poule; c'était un kyste aplati, sous-jacent au plan musculaire et facile à séparer des tissus voisins auxquels il n'adhérait que par des filaments et des lamelles cellulaires de peu de consistance. Il renfermait une cuillerée de matière purulente, épaisse, rougeâtre, et de plus, une substance blanche, compacte et semblable à du savon: c'était évidemment un tubercule en partie ramolli (B). Des tubercules analogues se sont quelquefois présentés à nous lors de diverses autopsies, conjointement avec des lésions plus graves et dont il sera parlé plus tard. Dans ce cas, la matière était grumeleuse et de consistance de plâtre; mais il est bien plus ordinaire encore de voir des tubercules extérieurs à l'utérus après des péritonites répétées, passées à l'état chronique, après des métrites auxquelles s'est adjointe l'inflammation prolongée du péritoine hypogastrique et pelvien. On les trouve au milieu des adhérences contractées entre l'utérus et ses annexes,

et les autres surfaces séreuses du voisinage ; on voit même, sous le péritoine et dans le tissu cellulaire qui l'unit à la matrice, des masses plus ou moins volumineuses, mais plus ordinairement miliaires, tantôt rares et isolées, tantôt nombreuses, serrées, presque continues, de substance tuberculeuse, grisâtre ou blanche, ou même mêlée de matière colorante d'un noir foncé. Nous en avons cité des exemples dans divers travaux auxquels nous renverrons pour les détails (1).

2° A l'intérieur de l'utérus, dans certains cas d'aménorrhée causés en apparence par une phlegmasie chronique de cet organe, on voit se déposer une couche concrète, adhérente, épaisse, de matière blanche ou blanchâtre, en tout pareille à celle du tubercule enkysté ou infiltré des organes parenchymateux. Que cette matière ait de l'analogie, pour son mode de production surtout, avec certaines concrétions plâtreuses dont nous avons parlé plus haut et dont on peut voir un exemple dans l'une de nos observations de rétroflexion (n° 3), c'est ce dont il n'est guère permis de douter ; et peut-être aussi, entre cette production et celles des fausses membranes, dont nous parlerons plus loin (*métrite et dysménorrhée*), n'y a-t-il guère que la différence de l'état chronique à l'état aigu. Ajoutons pourtant que, dans les cas rapportés ici par nous à la dégénérescence tuberculeuse, il y avait de plus une diathèse scrofuleuse évidente, prédisposition ou condition organique indispensable à l'apparition de cette forme de suppuration qu'on peut, jusqu'à un certain point, regarder comme *sui generis*. Aussi, chez les femmes dont nous allons plus spécialement parler, y avait-il des tubercules dans beau-

---

(1) Voyez *Mémoire sur les causes de l'avortement*, par madame Boivin, observ. 1, 3, etc. *Diss. Sunt ne inter ascitem et peritonidem chronicam certa discrimina*, etc. Ant. Dugès, p. 29 et 30.

coup d'autres organes, et dans les organes les plus éloignés de l'utérus comme dans les plus rapprochés.

Deux observations de ce genre ont été publiées (1) par le docteur Renaud. La première est celle d'une femme, mère de sept enfants, dont les poumons étaient adhérents et tuberculés à leur sommet; le péritoine était parsemé de grains tuberculeux, le vagin criblé de petites ulcérations, et l'utérus tapissé intérieurement d'une couche de matière tuberculeuse épaisse d'une ligne. La superficie de cette couche se laissait aisément enlever en la ratissant. La plus profonde était combinée, en quelque sorte, au tissu de la matrice, et des vaisseaux sanguins se prolongeaient dans son épaisseur. Dans l'une des parois du viscère était un tubercule crû, du volume d'un gros pois. Les trompes étaient pleines d'une matière semblable; l'une d'elles était oblitérée à son pavillon. Les ovaires contenaient plusieurs kystes séreux. Dans le deuxième cas, la femme avait eu le même nombre d'enfants que la précédente; elle avait cessé de voir ses menstrues depuis six mois, ce qu'on avait pu attribuer à son âge (quarante-cinq ans). Poumons tuberculeux, caverneux, adhérents; granulations tuberculeuses du péritoine: utérus volumineux et couvert de pareilles granulations; ses parois dures comme du cartilage, épaisses de sept à huit lignes, de couleur blanche sur-tout près de la surface intérieure du viscère. Cette surface intérieure était couverte d'un enduit pareil à celui précédemment décrit; les trompes en étaient également remplies. Voici maintenant un fait observé par nous-même à la maison de santé, dans les salles du professeur Duméril, et conjointement avec M. Sestié son élève.

Mademoiselle V. C..., âgée de seize ans et demi, avait été fort mal nourrie dans sa première enfance, et en

---

(1) *Archives de Médecine*; août 1831.

avait ressenti long-temps de fâcheux effets. Vers l'âge de la puberté, flueurs blanches abondantes, qui firent soupçonner des habitudes répréhensibles. Cependant la menstruation marcha régulièrement de douze à quinze ans et demi ; elle s'arrêta alors et fut remplacée par une leucorrhée plus copieuse. En même temps survint une constipation habituelle, un développement du ventre, qu'on attribua à des corsets trop serrés, et une douleur plus vive dans le *côté droit de l'abdomen*, qui fut aussi rapportée à la même cause. Plus tard, diarrhée, vomissements de matières verdâtres, métrorrhagie abondante après l'usage de quelques demi-bains chauds ; fièvre continue, marasme complet. M. Duméril reconnut l'existence d'une phthisie mésentérique à laquelle cette jeune fille succomba bientôt.

Nécropsie. Adhérences très fortes des poumons avec la région dorsale des parois de la poitrine. Le sommet de ces deux organes est dur et farci de tubercules du volume d'un grain de chenevis, réunis en masse compacte. L'épiploon est converti en une masse granulée, adhérente aux parois abdominales dont la séreuse est également hérissée de tubercules. Une vésicule hydatiforme est suspendue par un filet à l'intestin grêle ; son volume est celui d'un œuf de pigeon. L'estomac paraît sain ; le colon ascendant est dilaté, à parois dures, presque cartilagineuses ; le pancréas très rouge ; les reins sans altération notable.

L'ovaire gauche offre les dimensions d'un petit œuf de poule ; sa surface est inégale, sa consistance dure, sa substance formée de plusieurs lobes isolés, enkystés, de matière tuberculeuse blanche et facile à écraser. La trompe correspondante est saine. Celle du côté opposé est tortueuse et bosselée ; trois tubercules enkystés et pisiformes causent ces bosselures ; les franges du pavillon ont disparu sous une masse de granules tuberculeux

blancs et résistants. L'ovaire droit, oblong, mollasse, d'un bleu noirâtre, est rempli d'une substance muqueuse de même couleur.

L'utérus est rouge au dehors ; au dedans il est tapissé d'une matière blanche et granulée, toute semblable à celle de l'ovaire gauche et de la trompe droite. La couche qu'elle forme a une ligne d'épaisseur ; elle semble divisée par des sillons, mais cela tient à son peu de consistance : en effet, on la râcle aisément et on la réduit ainsi à l'état d'une humeur épaisse et semblable à du pus. La surface utérine alors dénudée se montre molle, spongieuse, imbibée de cette matière blanche. Le col de la matrice est mou, presque lisse intérieurement ; le vagin et les organes génitaux externes paraissent intacts et sans lésion. (*Voyez* pl. XVI.)

F. *Les tumeurs stéatomateuses* sont encore du nombre de celles dont la dénomination a été souvent appliquée à faux : tantôt, et le plus souvent, c'est avec le tubercule, tantôt c'est avec le cancer qu'on les a confondues : en veut-on un exemple frappant? on trouvera désignée, dans le même paragraphe, par les deux noms différents de stéatome et de squirrhe, la dégénérescence d'un utérus volumineux que Louis a fait figurer dans son mémoire sur les calculs de la matrice. Les vrais stéatomes, c'est-à-dire des amas enkystés de matière graisseuse (1) blanche ou jaunâtre, de consistance variée entre celle d'un suif dur et celle d'un beurre ferme, et quelquefois mêlée de poils bulbeux ou sans bulbes, courts et blancs, ou longs, noirs, durs et frisés ; ces stéatomes, dis-je, sont rares dans l'utérus. Nous en avons rencontré quelques-uns, et l'on en lit encore quelques observations çà et là ; mais,

(1) Suivant Hooper, cette graisse est renfermée dans des aréoles membraneuso-vasculaires ; elle se liquéfie par la chaleur et forme des savons avec les alcalis.

outre les équivoques ci-dessus mentionnées, il a été possible, dans quelques cas, de prendre pour stéatome pilifère quelque résultat de grossesse extra utérine, soit que l'embryon se fût développé dans la trompe ou l'ovaire devenus ensuite intimement adhérents à l'utérus, soit que la grossesse ait eu lieu dans l'épaisseur même des parois de cet organe (grossesse interstitielle, Breschet (1)). Un de ces cas ambigus est celui qu'observa le professeur Delpech, cas dans lequel des poils, des os, de la graisse sortirent spontanément, ou furent extraits par l'urètre à l'aide d'une communication établie entre le kyste et la vessie (2). Tel est encore, peut-être, le cas d'une veuve dont parle Fabrice de Hilden, et dont l'utérus était rempli en partie d'un ichor jaunâtre, en partie d'une matière grasse avec des cheveux laineux et pâles. Des exemples moins équivoques sont rapportés dans la dissertation déjà citée de Moritz. Mais ordinairement, le stéatome se trouvait mêlé avec d'autres dégénérescences, l'osseuse, la cartilagineuse; et l'on peut en dire, sous ce rapport, ce que nous avons dit déjà, et de ces altérations mêmes, et des tubercules.

G. *Cancer*. On sait combien est vague et incertaine l'acception de ce mot dans les anciens auteurs, et combien d'altérations diverses ont été gratifiées de ce nom : aussi l'a-t-on fait, pour ainsi dire, disparaître du vocabulaire de l'anatomie pathologique, à cause de sa signification trop générale et trop peu précise. C'est par cette raison même que nous croyons devoir le conserver ici, afin de n'être point forcé de baser nos dogmes essentiellement pratiques sur des données anatomiques encore trop obs-

(1) *Répert. d'anat. et de physiologie pathol.*, t. I. Qu'il nous suffise de mentionner ici cette sorte de gestation extrà-utérine, qui, aussi bien que les autres espèces, est plus spécialement du ressort de l'obstétrique.

(2) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, supplément.

cures, trop incomplètes, trop incertaines, et sur-tout trop difficilement applicables à l'observation clinique, c'est-à-dire à celle des malades vivants. Nous appellerons génériquement *cancéreuse* toute affection qui, changeant, dans *sa trame même*, la texture de la matrice, tend naturellement à s'accroître, à se propager à son pourtour, et à se détruire par ulcération dans son centre.

Les affections cancéreuses, ainsi définies, seront divisées en plusieurs formes ayant des signes, une marche spéciale, offrant même des indications particulières. Nous en compterons quatre principales sous les titres suivants, qui seront l'objet d'autant de chapitres à part, ce qui nous dispense en ce moment d'entrer dans de plus amples détails : 1° cancer squirrheux, 2° cancer ulcéreux, 3° cancer fongueux, 4° cancer hématode.

Après ces considérations générales, dans lesquelles nous ne nous sommes appesanti que sur les sujets les moins importants à connaître pour le praticien, nous allons donner des détails plus complets sur ceux qui doivent l'intéresser davantage.

CHAPITRE II.

DES TUMEURS FIBREUSES NON PÉDICULÉES.

A. *Prolégomènes.* Ce n'est pas sans motifs que nous avons ainsi intitulé ce chapitre, au lieu de l'annoncer comme traitant de la *dégénérescence* fibreuse de l'utérus. Les tumeurs dont nous allons parler sont en effet fort souvent comme surajoutées à cet organe, comme nées

dans son tissu ou à sa superficie, mais non (quoique cette disposition ne soit pas sans exemple) aux dépens de sa substance. De là le nom de *corps fibreux* qui lui a été assigné par Bayle et autres. Dans quelques cas, il est vrai, la masse entière du viscère a paru transformée en un tissu fibreux, dense, blanc, coriace, criant sous le scalpel, mais ces cas sont extrêmement rares, et encore est-il possible de rapporter cette disposition, indiquée par Bayle et Hooper, à une phlegmasie chronique et à l'*hypertrophie* qui en est quelquefois la suite, ou bien à une dégénérescence squirrheuse qui, comme nous le verrons ailleurs, peut envahir toute la matrice et en augmenter à la fois le volume et la consistance.

B. *Détails anatomiques*. Les tumeurs fibreuses proprement dites, ont été long-temps confondues avec le squirrhe, avec le tubercule dont Morgagni leur avait même donné le nom; aujourd'hui elles constituent une des altérations les mieux connues comme les plus communes de l'utérus. On sait qu'elles consistent en masses d'un tissu tantôt rougeâtre, un peu vasculeux et assez semblable à la substance musculaire serrée de la matrice même, tantôt blanche, tantôt grisâtre, parfois mêlée d'espaces celluleux, aréolaires, ou bien de nœuds ou noyaux d'un gris jaunâtre, souvent plus mous, quelquefois plus durs que le reste. Ces masses paraissent composées, en majeure partie, de fibres ou de lames coriaces et filamenteuses, disposées en couches irrégulièrement concentriques, en faisceaux enroulés, enchevêtrés de diverses manières: quelquefois les couches sont si régulières, que la tumeur semble formée par un dépôt successif de matière nouvelle (*Hooper*), tandis que, le plus souvent, on la croirait due à une expansion en longueur de faisceaux fibreux retenus dans un espace circonscrit, où il faut qu'ils se roulent et se contournent en divers sens. Ces corps fibreux, blancs et durs, sont privés en apparence de vais-

seaux sanguins, ou en contiennent à peine quelques-uns dans leurs couches extérieures ; du moins les injections tentées par Abernethy n'ont pas pénétré dans leur substance. Dans la première de ces deux formes qui, selon Bayle, serait un premier degré de formation, la tumeur a pris souvent le nom de sarcome ; dans la deuxième, c'est une tumeur *albuginée*, pour nous servir de l'expression employée par Chaussier. La consistance de ces tumeurs peut être plus grande encore, avoisiner celle du cartilage, celle de l'os ; mais alors c'est en quelque sorte une dégénérescence nouvelle, comme nous l'avons déjà fait entendre. Les corps fibreux sont ordinairement multiples : parfois pourtant on en observe un seul dans quelque point de la matrice ou à l'une de ses surfaces ; plus souvent leur nombre est considérable, et s'ils ont très peu de volume, ils peuvent être, pour ainsi dire, innombrables. Leur forme, bien que variable, est rarement anguleuse, plus souvent arrondie ou méplate ; nous les avons trouvés constamment globuleux quand, plongés dans la substance de l'utérus, ils en occupaient les angles tubaires ; ils étaient oblongs, aplatis, s'ils avoisinaient la ligne médiane ; diversités qui s'expliquent aisément d'après les notions anatomiques que nous avons données plus haut sur la structure du viscère qui nous occupe. En outre, lorsqu'elles sont nombreuses, ces tumeurs se déforment mutuellement, s'aplatissent par compression, ou bien se confondent, se soudent en masses bosselées : ces bosselures peuvent aussi provenir d'un accroissement irrégulier, et l'on voit de ces corps dont la disposition lobée et mamelonnée n'est due évidemment qu'à cette irrégularité de développement. Les différences de volume sont bien plus considérables encore que celles de forme. Dans l'épaisseur du museau de tanche, nous avons trouvé, en grand nombre, de petits corps blancs, durs comme du cartilage, adhérents intimement au tissu

environnant, et moins gros qu'une lentille ; tandis que, sur divers autres points de la matrice, on en voit égaler le volume d'un œuf, celui du poing, et même celui de la tête d'un homme (*Bayle, Baillie, Hooper*). On en a décrit un du poids de trente-neuf livres (*Gaultier de Claubry*). Il arrive quelquefois que les tumeurs qui sont englobées dans les parois utérines sont unies solidement, et presque par continuité de substance avec le tissu musculaire ; bien plus souvent elles y sont adhérentes seulement par des filaments déliés, par de petits vaisseaux, et s'en détachent parfois si aisément, qu'on les croirait enkystées. Des adhérences tout aussi faibles unissent à la matrice ceux qui font saillie à sa surface extérieure ; mais de plus, le péritoine leur forme une enveloppe, leur sert encore de moyen d'union avec l'utérus, et leur constitue parfois un véritable pédicule dans lequel se trouvent quelques vaisseaux et quelques filaments celluleux ; ce sont alors, en quelque sorte, des polypes extérieurs, comparables, pour l'origine, la forme et la nature, à ceux qui feront l'objet du chapitre suivant. Sans être pédiculés comme les polypes intérieurs, les corps fibreux peuvent aussi faire saillie dans la cavité de l'utérus, la remplir, la déformer. Il est fort ordinaire alors de voir cet organe prendre un accroissement notable, non-seulement dans ses dimensions, mais même dans sa masse, et ses faisceaux se prononcer, se dessiner nettement comme dans la grossesse ; parfois pourtant il s'amincit (*Bayle*), du moins pour la paroi opposée à celle qui supporte la tumeur et s'est agrandie, épaissie avec elle. Nous avons observé une fois un changement de forme assez singulier, dû à une semblable cause (B). La matrice représentait un cône de dix pouces de longueur, dont la pointe était formée par son angle supérieur du côté droit ; du sommet à la base, c'est-à-dire jusqu'à l'orifice utéro-vaginal, on mesurait neuf pouces à la

cavité utérine, dont la forme était celle d'un canal de peu de largeur. (*Voyez* pl. XIV.)

C. *Causes.* Il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'assigner à cette dégénérescence une cause essentielle un peu probable; toujours est-il qu'elle doit agir sur un bien grand nombre de femmes, puisque, d'après les calculs de Bayle (1), les corps fibreux se rencontrent sur la cinquième partie des cadavres de femmes mortes après leur trente-cinquième année. Il nous a paru toutefois que les femmes lymphatiques y étaient plus disposées que les autres. Suivant le même médecin, le célibat favoriserait leur production, et presque aucune vieille fille, presque aucune femme ayant conservé sa virginité au-delà de quarante ans, n'en serait exempte; remarque confirmée par plusieurs observations qui nous sont propres. Les femmes mariées, mais stériles, en sont plus souvent affectées aussi que les femmes fécondes; mais ici, il serait plus facile peut-être et plus convenable de prendre l'effet prétendu pour la cause, que la prétendue cause pour l'effet. Un âge un peu avancé serait encore, selon Bayle, une condition indispensable à la production de ces tumeurs. Peut-être, dit-il, ne s'en développe-t-il jamais avant l'âge de trente ans. Nos observations, d'accord avec les siennes sur les premiers points, ne le sont pas autant sur ce dernier. Une de nos malades portait un corps fibreux déjà appréciable à dix-huit ans; une dame, morte enceinte à l'âge de vingt-cinq ans, en portait plusieurs de différents volumes; enfin, une jeune fille de seize ans et demi nous a offert, du côté de la cavité de la matrice, une tumeur assez volumineuse (B).

Voilà tout ce qu'on peut donner de positif relativement à l'étiologie des corps fibreux; mais considérés localement, dépendent-ils d'une sécrétion accidentelle et orga-

---

(1) *Dictionnaire des Sc. méd.*

nisable, ou d'un prolongement, d'une ampliation des fibres de la matrice ? Leur isolement presque complet autoriserait la première opinion, leur structure rendrait la seconde plus probable; mais d'où viendrait cette production nouvelle, cette hypertrophie locale ? Est-ce une inflammation qui leur servirait d'origine ? Cette opinion est peu probable, et rien ne la motive, si ce n'est, mais bien faiblement, la composition comme charnue et assez vasculeuse des tumeurs commençantes.

Les causes locales auxquelles ont été quelquefois attribuées ces productions anormales, pourraient encore autoriser cette idée, s'il n'était évident que, la plupart du temps, il n'a existé aucune cause de ce genre; et dans les cas peu nombreux où il a paru en être différemment, ce n'est encore que sur des conjectures qu'on a pu rapporter à des contusions l'origine d'une dégénérescence fibreuse dans quelque point de l'utérus. Cette réflexion peut s'appliquer à ce prétendu *stéatome* du poids de treize livres trouvé dans la substance de l'utérus par Dehaën, et attribué à des violences extérieures exercées durant la grossesse (1).

D. *Marche, progrès, transformation.* Selon Bayle, constamment on observerait, dans les corps qui nous occupent, une marche graduellement croissante en consistance, depuis le sarcome qui en est la première forme, jusqu'à la concrétion osseuse qui en est le dernier terme; on opposerait à cette opinion cette remarque, que des tumeurs fort petites sont déjà fibreuses, cartilagineuses, osseuses. A cette objection, nous répondrons avec Bayle, que, parmi les sarcomes, il en est qui ont de la tendance à conserver leur consistance molle et en même temps à grossir, et que ce sont là principalement ceux qui acquièrent les énormes dimensions dont il a été fait men-

(1) *Ratio medendi*, t. III, p. 378.

tion ci-dessus, ceux qui tendent à se porter vers la superficie, à se pédiculer, si l'on peut s'exprimer ainsi. D'autres, au contraire, moins disposés à augmenter de volume, prennent rapidement une consistance plus grande; de sorte que ce sont les plus petites qui durcissent plus promptement, ou si l'on veut, ce sont celles qui durcissent rapidement qui se bornent le plus vite dans leur accroissement, comme si cette induration arrêtait tout développement ultérieur. A la rigueur donc nous aurions pu, dans les généralités, réunir dans un seul paragraphe, et comme passages ou degrés d'une même maladie, les dégénérescences charnue, fibreuse, cartilagineuse et osseuse.

La condensation n'est pas ici tellement graduelle que tous les points de la tumeur deviennent à la fois cartilagineux, osseux; parfois c'est au centre, plus souvent dans une multitude de lieux irrégulièrement distribués que l'ossification commence. Mais, indépendamment de ces transformations en quelque sorte naturelles, il en est d'éventuelles et qui méritent une discussion particulière. Selon l'auteur que nous venons de citer, une fois devenues osseuses, ces tumeurs pourraient passer à l'état carieux. Nous ne connaissons aucun fait qui justifie cette opinion; mais beaucoup de pathologistes ont dit que les corps fibreux pouvaient passer à l'état de squirrhe avec tous les symptômes de la diathèse cancéreuse. Cette possibilité est niée par Bayle, et nous devons croire que, bien souvent sans doute, cette marche funeste a été plutôt supposée qu'observée, que l'on avait confondu un squirrhe vrai avec une tumeur fibreuse. Toutefois cette dégénérescence, quelque rare qu'on veuille la supposer, ne nous paraît pas inadmissible (1). Selon Bayle même, les

(1) Selon le professeur Dupuytren elle ne serait possible que pour les tumeurs dans lesquelles du tissu cellulaire est mélangé au tissu fibreux (*Revue méd.*, 1829, t. II, p. 386).

tumeurs sarcomateuses, c'est-à-dire au premier degré, sont susceptibles d'inflammation (1); cette inflammation ne peut-elle pas entraîner à sa suite la dégénérescence squirrheuse? une réponse négative serait, selon nous, peu rationnelle. Mais dès que la tumeur est devenue fibro-cartilagineuse ou osseuse, alors l'inflammation ne peut plus l'atteindre, ni sans doute (si ce n'est par propagation et continuité de tissu) la transformation cancéreuse.

E. *Pronostic.* Les corps fibreux de la matrice offrent donc des chances moins redoutables que beaucoup d'autres dégénérescences de ce viscère, et bien souvent leurs effets fâcheux sont purement mécaniques. Le volume considérable qu'ils peuvênt acquérir, leur multiplicité qui ajoute encore aux effets de ce volume, en rendent la présence nuisible et à l'utérus et aux organes qui l'avoisinent. La vessie, le rectum, sont plus ou moins comprimés, les urines forcément évacuées presque continuellement à cause de l'aplatissement de leur réservoir, ou bien, au contraire, retenues abondamment, comme les matières fécales, dans le gros intestin, en raison de la gêne qu'éprouve l'issue des unes et des autres à travers l'urètre ou le rectum comprimés. Sous ce rapport, il se passe quelquefois un phénomène assez singulier : le volume successivement croissant de la matrice, loin d'augmenter, dans la même proportion, les incommodités susdites, produit, au bout de quelque temps, un sou-

---

(1) Le docteur Dance (*Mémoire sur la phlébite utérine*) a trouvé une fois, au centre d'un abcès développé dans les parois de l'utérus, un corps fibreux attaché aux parties voisines par quatre pédicules. Ce corps était rouge et comme enflammé lui-même, mais il était sur-tout évident qu'il avait, comme corps étranger, produit l'inflammation dans les tissus circonvoisins, circonstance rare et dont nous ne connaissons pas d'exemple aussi manifeste, c'est-à-dire où l'inflammation ait été portée aussi loin.

lagement, un mieux être inattendu; cela tient aux mêmes causes qui rendent souvent plus pénibles que les autres les premiers mois de la grossesse. Ne pouvant plus séjourner dans l'excavation pelvienne, l'utérus, devenu très volumineux, s'élève au-dessus du détroit supérieur et délivre de sa pression fatigante les organes qui y restent naturellement enfermés.

Pour ce qui est de l'utérus même, les obstacles mécaniques produits par les corps fibreux peuvent se rapporter à quatre chefs : 1° obstacles à la menstruation, rétention des menstrues par l'obturation du col ou du museau de tanche; 2° obstacles à l'imprégnation, soit que de même les orifices utéro-vaginal ou cervico-utérin soient obstrués, soit que la barrière qui arrête le principe fécondateur siége aux orifices internes des trompes, c'est-à-dire aux angles supérieurs de la matrice; 3° obstacles à l'ampliation complète de l'utérus pour le complément d'une grossesse normale, quand une des parois de cet organe, envahie en totalité, refuse de céder à la distension que sollicite l'œuf dans ses accroissements successifs; d'où résulte la nécessité d'une expulsion prématurée, d'un avortement; 4° enfin obstacles à la parturition, quand la tumeur, siégeant au col, au museau de tanche, a pris assez de grosseur pour arrêter l'enfant et l'empêcher de traverser l'excavation pelvienne ou même l'orifice utérin trop complétement envahi par la dégénérescence.

Le premier de ces effets, la rétention des menstrues, doit être bien rare, en raison de l'âge ordinairement avancé des sujets qui portent de pareilles tumeurs pourvues du moins d'un volume considérable. Nous croyons pourtant en avoir lu quelque exemple, sans doute, dans les journaux de médecine. Quant à la stérilité par obturation des trompes ou du col de la matrice, nous avons vu plusieurs malades qui nous ont donné à ce sujet les

probabilités les plus convaincantes. Rien n'est d'ailleurs plus facile à concevoir, et si l'on a lieu de s'étonner d'une chose, c'est de voir la grossesse s'établir quelquefois malgré la présence d'une tumeur assez volumineuse au col de l'utérus. Celles du corps ne peuvent pas s'opposer sans doute aussi efficacement à l'imprégnation, mais bien à l'agrandissement de la matrice. Parmi les exemples d'avortement dus à cette cause, nous pouvons placer une observation remarquable sous d'autres rapports, et qui prouve qu'il peut résulter même quelque chose de pire qu'un avortement d'une grossesse ainsi compliquée. Une femme avorte à six semaines de gestation; plus tard le ventre se gonfle; une tumeur, sans doute déjà existante lors de la première imprégnation, se manifeste plus positivement et par les incommodités qui en résultent et par la palpation de l'hypogastre. Une deuxième grossesse a lieu : l'abdomen se développe énormément; les douleurs, la gêne, sont extrêmes, et la malade périt. Le docteur Troussel ouvre le cadavre et trouve dans l'utérus un fœtus de quatre mois et demi environ; dans l'abdomen une tumeur énorme, fibreuse à l'extérieur, d'un blanc rougeâtre et lardacée, encéphaloïde à l'intérieur. Quatre à cinq autres tumeurs fibreuses adhéraient à divers points de l'utérus. Cette circonstance semble prouver que telle a été primitivement la nature de la masse principale, et qu'elle a plus tard, et à l'occasion surtout de la deuxième grossesse, subi la dégénérescence carcinomateuse. (*Acad. de méd.*, 29 janvier 1829.)

Mais c'est sur-tout dans le travail de l'accouchement que ces tumeurs peuvent amener des accidents fâcheux; nous rapporterons en détail un exemple du contraire (1);

(1) Voyez aussi une observation du même genre, mais où les tumeurs étaient peu volumineuses et remarquables seulement par leur nombre. *Nouv. Bibl. méd.*, 1826, t. II, p. 238.

mais les faits affirmatifs ne sont pas absolument rares. Une femme, accouchée à la Maternité de Paris, mourut de la péritonite et offrit, dans les parois du col de l'utérus, une tumeur fibreuse du volume du poing; le travail avait été très long, très pénible; la tête n'avait pu passer qu'en s'écrasant contre les parois du bassin. Voigtel parle, d'après Zeller, d'une tumeur dite athéromateuse, qui, pendant treize jours, empêcha la sortie du fœtus; elle adhérait au col de l'utérus et remplissait l'excavation pelvienne (1). La rupture de l'utérus et la mort de la femme furent occasionées par un semblable obstacle dans un cas rapporté succinctement par Fabrice de Hilden (*cent. I, obs.* 67). La femme dont nous avons fait mention plus haut, d'après Dehaën (*Causes*), mourut aussi après un travail de sept jours, et sans que la parturition eût pu s'opérer; une hémorrhagie enleva cette malheureuse au moment où l'on allait opérer la version. L'enfant, à la vérité, présentait l'épaule, et cette position eût mis obstacle, peut-être, à une parturition spontanée, quand même il n'y eût point eu de tumeur à l'utérus; mais la tumeur peut assez raisonnablement être regardée comme la cause de cette position défavorable; elle avait pu dévier la tête du fœtus et le forcer de se présenter en travers.

Tout danger n'est même point dissipé par la sortie du fœtus, quand une tumeur fibreuse coexiste avec la grossesse. Un corps fibreux d'un gros volume, occupant la paroi postérieure de la matrice, empêcha cet organe de se rétracter suffisamment après la parturition, et l'hémorrhagie enleva la malade. Ce cas, observé à la Maternité de Paris, a été, aussi bien que l'un des précédents, publié par le professeur Chaussier (2). Chez une autre

(1) *Semiol. obstetric.*, p. 59.

(2) *Bulletin de la Faculté de Médecine*; février 1823.

femme (1), délivrée par le professeur D'Outrepont, une hémorrhagie fit également périr la femme, et l'on trouva, sur le corps de l'utérus, trois tumeurs cartilagineuses dont la plus grosse avait dix pouces d'étendue dans un sens et cinq dans un autre. Elles avaient empêché le fond de la matrice de s'étendre dans les derniers mois de la grossesse, et l'enfant n'avait trouvé place dans l'utérus que moyennant l'ampliation excessive et l'extrême amincissement du col de cet organe.

Même dans l'état ordinaire de la matrice, cette distension peut produire un effet analogue, dilater les ouvertures des sinus utérins, et donner lieu à de fréquentes hémorrhagies, à la production desquelles l'irritation entretenue par le corps étranger doit aussi contribuer beaucoup. De cette irritation, de ces hémorrhagies, résultent assez souvent un délabrement lent et graduel de la santé, et à la longue un marasme complet et enfin mortel. Mais il n'en est pas toujours ainsi : des tumeurs peu volumineuses, des corps fibreux, même volumineux, mais situés à la superficie extérieure de l'utérus, et sur-tout des excroissances pédiculées et comme suspendues à ce viscère, croissant avec lenteur ou restant stationnaires, peuvent subsister pendant de longues années sans danger, sans incommodités notables, ou sans autre inconvénient que ceux d'une pression mécanique sur la vessie, le rectum, la matrice ; d'où les micruritions ou la difficulté d'uriner, la constipation, l'abaissement de l'utérus, son antéversion, sa rétroversion. Il peut arriver même, comme nous l'avons fait entendre plus haut (*Marche*), que, malgré des progrès continuels sous le rapport du volume, des corps fibreux qui ont long-temps produit des souffrances perpétuelles et menacé l'existence des malades, cessent d'occasioner

(1) *Archives de Médecine*; mai 1830.

ces effets pénibles, soit parce qu'ils changent de place ou que les organes voisins s'habituent à leur contact, soit parce que l'âge de la femme la soustrait à des dangers résultant de la menstruation et de ses dérangements, soit enfin parce que l'utérus finit par être comprimé au point que ses vaisseaux s'obstruent en grande partie. Bayle en rapporte une observation bien remarquable, et ce n'est pas la seule que nous pourrions citer (1).

Le rôle du médecin, dans les cas peu graves, se réduit donc à celui d'observateur; à peine a-t-il besoin d'alléger, par des moyens accommodés aux indispositions qui se montrent, l'état peu pénible de ces femmes, qu'on peut à peine dire malades. Resserré du reste, à peu de chose près, dans les mêmes limites, quand les accidents sont plus sérieux, l'homme de l'art ne peut guère attaquer le mal même, mais s'opposer, autant que possible, à ses effets, ou suppléer aux ressources qu'il enlève à la nature dans l'exercice de certaines fonctions. Dans la parturition, par exemple, tantôt le chirurgien tâche de repousser au-dessus du détroit supérieur une tumeur péduculée et mobile, tantôt il applique le forceps ou attire l'enfant par les pieds, tantôt il en vient à la symphyséotomie, à la section césarienne. C'est à l'obstétrique à tracer, sur ce point, les règles de conduite au praticien. La médecine lui en offrirait peu ou point pour une cure radicale; bien que certains médecins (*Clarke*) aient cru ces tumeurs susceptibles de résolution (2). La majeure partie de ceux qui s'en sont occupé avec connaissance

---

(1) *Dict. Sc. méd.*, t. VII, p. 80.

(2) Rien n'empêcherait qu'on n'essayât des saignées répétées et de la diète absolue chez un sujet robuste, des préparations d'iode et de mercure, des eaux minérales sulfureuses chez un sujet lymphatique, lorsque la maladie est encore à son principe et la tumeur plutôt charnue que fibreuse : mais il ne faudrait pas compter beaucoup sur la possibilité d'une guérison radicale.

réelle du sujet, c'est-à-dire qui ne les ont pas confondues avec de simples indurations phlegmasiques, s'accordent à les regarder comme réfractaires aux efforts curatifs de la nature et de l'art. Mais, par cela même que les indications sont ici à peu près nulles, il faut être en état de porter un diagnostic qui distingue, aussi nettement que possible, cette affection de celles qui lui ressemblent, et cet article mérite en conséquence que nous nous en occupions avec quelque détail.

F. *Diagnostic.* Les indispositions qui viennent de nous occuper peuvent faire présumer l'existence des tumeurs fibreuses, sans les caractériser positivement. Leur diagnostic est même souvent très obscur, malgré la recherche et l'exhibition des signes sensibles; à plus forte raison le serait-il si l'on s'en tenait aux signes rationnels. Nous mettons dans ce nombre les irrégularités de la menstruation, quelquefois des retards, mais bien plus souvent l'accroissement en fréquence et en quantité de l'écoulement sanguin, la conservation de ces pertes au-delà de l'âge où les menstrues cessent d'ordinaire, des flueurs blanches abondantes et parfois teintes de sang, tantôt continues, tantôt cessant par intervalles et reparaissant sur-tout après une fatigue, un exercice, des secousses quelconques, et enfin le dépérissement qui en est la suite, avec quelques autres symptômes locaux dépendant de la compression de la vessie ou du rectum (constipation, pesanteurs, etc.), ou de celle de l'utérus même (tiraillement dans les aines et les lombes), ou des veines et lymphatiques des membres inférieurs (œdème des pieds). La plupart de ces signes rationnels, et notamment les pertes de sang, s'observent sur-tout dans les cas où les corps fibreux occupent le fond ou le corps de l'utérus, et sont cachés dans l'épaisseur de son tissu; ils manquent dans ceux où la tumeur est située à la superficie de l'organe et non dans ses parois; c'est alors aux signes

sensibles que le diagnostic devra toutes ses probabilités.

La palpation de l'abdomen fait souvent découvrir, chez les sujets maigres, des corps fibreux pédiculés ou à large base, et ce, de la manière la plus évidente; tantôt on les trouve indolents, tantôt un peu sensibles, tantôt roulants et mobiles d'un côté à l'autre, à la connaissance même des malades, tantôt fixes, du moins autant que l'est naturellement l'utérus. Cette palpation aide encore aux explorations du toucher vaginal ou rectal, quand le corps fibreux occupe l'épaisseur de l'organe même; elle en constate alors le volume, la consistance, et, jusqu'à un certain point, la forme. En même temps que le doigt porté dans le vagin ou le rectum pousse la tumeur, la main appliquée sur l'hypogastre en reconnaît l'impulsion, et la lui rend alternativement; ainsi s'apprécient la direction, l'élevation, le poids et la mobilité de l'utérus. Dire sous quels divers aspects se présentent ainsi et l'utérus en totalité, et son col, et son fond, et sa paroi antérieure ou postérieure, ce serait entreprendre le tableau de toutes les variétés de nombre, de grosseur, de position dont ces corps sont susceptibles, circonstances pour ainsi dire fortuites et par conséquent indéterminables: offrons plutôt au lecteur quelques points de vue propres à lui faire distinguer la présente maladie de quelques autres états qui lui ressemblent à certains égards.

1° Des corps ou dégénérescences fibreuses de l'utérus, parvenues à un grand volume, auraient pu, dit-on, en imposer pour une grossesse commençante ou pour une fausse grossesse. Les dérangements de la menstruation et la dureté de la tumeur auraient pu autoriser cette dernière confusion : la première serait impossible pour tout praticien un peu exercé, du moins à l'époque où la fluctuation devient perceptible dans l'utérus et sur-tout le ballottement exécutable. Dans tous les cas, la lenteur

avec laquelle s'accroît la production fibreuse, la rapidité du développement de l'utérus distendu par un produit de conception naturel ou dégénéré, voilà de puissants éléments de distinction entre ces deux états ; et le toucher, les autres modes d'exploration achèveront d'établir ce diagnostic, en se fondant sur l'uniformité du développement de la matrice dans les cas de gestation, sur son irrégularité, etc., dans le cas contraire.

2° Cette même uniformité d'accroissement servira à distinguer les cas d'induration par inflammation chronique; il y aura d'ailleurs toujours alors plus de douleur et de sensibilité. Si l'induration est partielle, elle ne sera point circonscrite, brusquement élevée, pédiculée comme un corps fibreux.

3° Une tumeur qui pourrait être prise pour un corps fibreux pédiculé adhérent à la surface de l'utérus et réciproquement, c'est l'induration d'un des ovaires. La situation latérale et profonde de ces organes, quand ils restent flottants dans l'abdomen, les rend difficilement et passagèrement accessibles à la palpation ; cette circonstance pourrait aider au diagnostic qui n'aurait, au reste, ici, d'utilité que relativement au pronostic à porter. Sous ce rapport même, le pronostic ne serait grave qu'autant que l'ovaire serait cancéreux, et en pareil cas les douleurs lancinantes pourraient au moins autoriser des conjectures assez probables sur la nature du mal. Si l'ovaire descend dans le bassin, derrière la matrice ou sur l'un des côtés de ce viscère, le diagnostic peut devenir plus difficile, plus obscur, plus conjectural encore. Le toucher par le rectum donnera sur-tout alors des renseignements importants.

4° Mais il est des affections plus faciles encore à confondre avec celle-ci : le squirrhe partiel de l'utérus n'est pas toujours douloureux ; il marche parfois avec lenteur et ne s'ulcère que fort tard ; il peut constituer des tu-

meurs lobées, circonscrites, très saillantes et très dures; mais, tant qu'il reste dans cet état, les indications sont peu prononcées et l'incertitude peu grave.

Quant aux polypes, par cela même qu'ils sont de nature identique avec les corps fibreux qui nous ont occupé jusqu'ici, ils peuvent, en certains cas, se confondre avec eux, non-seulement dans le diagnostic, mais même dans l'observation directe de l'état des choses, sur le cadavre par exemple; il est tel corps fibreux qui, logé dans les parois de la matrice, fait sur-tout saillie vers l'intérieur, mais une saillie à base large, une bosse arrondie; ce ne peut être là que le principe d'un polype futur; et l'exploration par le doigt peut faire croire, si le doigt peut entrer dans l'orifice utérin, qu'il existe un polype tout fait. Nous verrons, dans l'article suivant, de quelle manière on peut éviter cette erreur et poser les indications sur des bases plus assurées.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Plusieurs observations de tumeurs fibreuses constatées par l'examen anatomique.

1° Une Négresse, âgée de quarante-neuf ans et morte à la maison de santé, des suites d'une péripneumonie aiguë, n'offrait, au lieu où se trouve ordinairement la vulve, qu'une ligne longitudinale et saillante. Seulement, au-devant du périnée, était un pertuis étroit et circulaire servant au passage de l'urine et des menstrues. Cette obstruction, probablement due à quelque opération pratiquée à dessein dans l'enfance de cette femme, selon la coutume de certaines peuplades africaines, couvrait d'un voile cutané le méat urinaire et le clitoris.

Dans le tissu de l'utérus siégeaient trois tumeurs fi-

breuses ou plutôt *sarcomateuses*, mollasses, d'un rouge foncé. Deux de ces corps avaient en diamètre quinze à dix-huit lignes, et occupaient chacun un angle de la matrice ; le troisième, plus petit, se trouvait en arrière.

Le museau de tanche, plus gros que d'ordinaire, avait ses follicules muqueux très développés ; il contenait, dans l'épaisseur de sa lèvre antérieure plus particulièrement alongée, deux tumeurs blanchâtres évidemment fibreuses, du volume et de la forme d'une lentille. Cette dernière circonstance pouvait servir à nous éclairer sur la nature des tumeurs décrites en premier lieu, et à prouver ce que nous avons dit dans le texte et de la marche de ces productions et de l'influence du volume sur la lenteur de leur transformation.

2° Chez une femme de quarante-quatre ans, morte quatre jours après une opération de hernie étranglée, nous avons trouvé l'utérus hérissé de corps fibreux dont les uns étaient arrondis, pédiculés et recouverts seulement par le péritoine ; les autres, de forme oblongue et sans pédicule, étaient revêtus à la fois par la membrane séreuse et la tunique fibro-celluleuse qui lui est immédiatement sous-jacente. L'un de ces derniers était dur et crayeux.

Le col de l'organe était mou : une tumeur rougeâtre et molle, sarcomateuse, du volume d'une petite cerise, était attachée à son orifice. Dans la cavité du corps se trouvait une production arrondie, bosselée, compacte, formée d'un agrégat de petites tumeurs adhérant aux parois du viscère par un tissu lamineux peu consistant; dans le haut du vagin, un petit kyste demi-transparent et de la grosseur d'un pois ; un des ovaires atrophié, l'autre tuberculeux : à ses vésicules était entremêlée une substance semblable à de l'albumine concrète ou à de la matière caséeuse.

Cette femme était blonde, molle et lymphatique ; mais

nous n'avons eu aucun renseignement, non plus que pour la précédente, sur ce qu'elle avait pu ressentir précédemment.

3° Madame R... portait, au-dessus de l'aine droite, une tumeur qui, depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à trente, avait fait des progrès non interrompus. Mariée alors, elle devint sujette à des douleurs dans la région de l'utérus. Une suppression des menstrues durant neuf mois consécutifs, fit soupçonner une grossesse ; mais le peu de volume qu'avait pris l'abdomen inspirait des doutes qu'on voulut éclaircir. Le professeur Désormeaux, consulté entre autres, crut à l'existence d'une grossesse extra-utérine. Neuf années s'écoulèrent, et des accidents étrangers à l'état de l'utérus enlevèrent la malade. Elle avait éprouvé sur-tout de la difficulté à respirer, du désordre dans les idées, et une paralysie des muscles extenseurs des doigts et des poignets.

Autopsie. Épanchement séreux dans le crâne, viscères thoraciques à l'état normal.

L'abdomen ouvert, on voit le bassin rempli par une tumeur qu'on reconnaît bientôt pour l'utérus. Plusieurs corps fibreux, développés dans ses parois, lui donnent la forme d'un cône à base inférieure. Un de ces corps, occupant le côté gauche de l'organe, offre le volume du poing et une forme oblongue ; deux autres sont moins volumineux, aplatis, irréguliers. Un quatrième et un cinquième, de la grosseur d'une orange, occupent le tissu cellulaire qui environne le col de l'utérus ; quelques petites productions analogues sont encore disséminées çà et là dans la substance du viscère. Tous ces corps sont blancs et compacts. L'orifice utéro-vaginal est très resserré et rempli d'une humeur sanguinolente. La cavité du corps de l'utérus a cinq pouces de long sur un de large dans tous les points de son étendue ; l'orifice tubaire droit en forme le point le plus élevé ; la trompe de ce

côté, étranglée dans plusieurs points de sa longueur, offre à son pavillon un grand développement et une grande rougeur des franges rameuses qui le terminent. Le reste de l'appareil génital est sain, si l'on en excepte un kyste séreux et pédiculé, du volume d'un œuf de pigeon, attaché à la face antérieure de la matrice. (*Voy*. pl. XIV.)

N° 2.

Tumeurs saillantes et pédiculées à l'extérieur de l'utérus (1).

Madame Vaut, âgée de cinquante-cinq ans, fut apportée à la maison de santé au huitième jour d'une péripneumonie à laquelle elle a succombé le dixième.

Autopsie. Épanchement de sérosité dans le thorax; adhérences de la plèvre, hépatisation des poumons.

L'utérus avait le double du volume ordinaire à l'âge de cette femme. Trois tumeurs égales à de grosses cerises occupaient la face postérieure et supérieure de l'utérus; deux étaient accolées l'une à l'autre et adhérentes par une base large à la substance même de l'organe. Elles étaient recouvertes par la tunique sous-péritonéale de la matrice.

L'autre, qui occupait le contour du fond, avait un pédicule ou col très étroit, d'environ une à deux lignes de longueur. Celle-ci ne me parut couverte que par le péritoine injecté de nombreux vaisseaux sanguins.

Le tissu de la matrice était extrêmement mou, d'un rouge foncé ainsi que les trompes, les ligaments des ovaires et les cordons sus-pubiens. Les veines des ligaments larges étaient très développés. Le col participait à l'état de mollesse du corps de l'utérus. La lèvre anté-

---

(1) *Voyez* pl. XVIII, fig. 1 et 2 de notre *Atlas*.

rieure du museau de tanche était beaucoup plus longue et plus épaisse que l'autre. Dans la cavité du col, se trouvaient trois petites tumeurs pédiculées, chacune de la grosseur d'un petit pois et contenant une humeur albumineuse.

N° 3.

Plusieurs exemples de grossesse compliquée de tumeurs fibreuses dans l'utérus.

1° Marie, fille de service à la maison de santé, âgée de quarante et un ans, accouchée heureusement de plusieurs enfants, a remarqué, depuis six ans, du dérangement dans les retours de la menstruation : deux, trois mois se passent quelquefois sans que les règles se montrent ; le ventre a aussi graduellement augmenté de volume, mais il n'en résulte d'autre incommodité qu'une légère pesanteur vers les pubis et un engourdissement dans la cuisse et la jambe gauche.

Le développement considérable du ventre, coïncidant avec la conservation de l'embonpoint, de l'appétit, avait fait croire d'abord à l'existence d'une grossesse dont le terme présumé fut bientôt dépassé sans aucun résultat pareil à celui qu'on devait attendre. Retenue au lit par les suites d'une contusion à la jambe, je voulus l'examiner avec attention, mais elle refusa de se soumettre au toucher; son ventre avait depuis peu doublé de volume, et ce nouvel accroissement me faisait soupçonner alors une véritable grossesse ajoutée à une maladie plus ancienne. En effet, quelques mois plus tard, elle fut prise de douleurs utérines, et mit au monde, sans aucun secours, un enfant vivant ; une heure après, le placenta sortit également seul. A la suite de cette évacuation, on put reconnaître distinctement deux tumeurs, dont l'une dure, ronde et grosse comme la tête d'un homme adulte, occupait le détroit abdominal du bassin

et la région iliaque gauche ; l'autre, plus aplatie, plus souple, formée par la matrice, était intimement unie à la précédente, et occupait la fosse iliaque droite. Les lochies ont été peu abondantes, mais aucun accident n'est survenu, et l'enfant, de son côté, n'est mort que deux ans après.

2° Madame Joséphine U..., âgée de vingt-neuf ans, lymphatique et débile, mère de plusieurs enfants, est prise d'une hémorrhagie utérine dans le cours du septième mois de sa grossesse; on attribue cet accident à l'insertion du placenta sur l'orifice cervico-utérin ; on tamponne le vagin ; le travail marche, et dès que le col est suffisamment effacé et ouvert, on opère la version du fœtus ; le placenta sort spontanément; mais une faiblesse extrême se déclare, et l'on apporte la malade à la maison de santé où elle succombe au onzième jour de sa couche. Cette faiblesse mortelle ne peut être attribuée qu'à l'hémorrhagie antécédente à la parturition, car l'écoulement du sang et des lochies fut presque nul après la délivrance.

Autopsie. Un demi-litre de sérosité roussâtre dans le thorax; adhérence du poumon droit avec la plèvre costale; cœur pâle, mou, vide de sang.

Sur le côté droit de l'utérus s'élève une tumeur d'environ trois pouces et demi en diamètre, d'un tissu ferme, d'un blanc bleuâtre et du poids de douze onces et demie; elle fait corps avec l'utérus. A l'intérieur de ce viscère on découvre les traces de l'insertion du placenta ; c'est la paroi antérieure du corps et non l'orifice interne qu'elles occupent.

3° Madame G.., garde-malade, âgée de trente-six ans, lymphatique, mais réglée de bonne heure (à treize ans), vit la menstruation devenir irrégulière dès l'époque de son mariage (dix-huit ans). Sa santé n'en souffrit point d'abord, et plusieurs fois elle se crut enceinte. Au bout

de sept à huit ans, elle s'aperçut d'une intumescence notable de l'abdomen, sur laquelle les gens de l'art consultés portèrent des jugements fort divers. Après quinze ans de mariage, suppression totale des menstrues ; le ventre croît rapidement, les mamelles se tuméfient, et madame G... accouche, au terme normal et avec facilité, d'une fille vivante. On distingue alors une tumeur de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, attachée à la région antérieure et gauche de l'utérus. Cette tumeur devint bientôt moins saillante, à mesure que la matrice se réduisit aux dimensions qu'elle avait précédemment, à l'état de vacuité. L'enfant est mort à l'âge de six mois ; un autre du même sexe lui a succédé peu après ; il avait dix-huit mois lorsque nous vîmes madame G... ; elle était alors douée d'un assez grand embonpoint, et son ventre, développé comme il le serait à six mois de grossesse, ne la gênait que fort peu ; mais ces deux grossesses successives semblaient avoir donné plus d'activité nutritive à la tumeur, dont le volume faisait des progrès assez rapides.

CHAPITRE III.

DES TUMEURS FIBREUSES PÉDICULÉES, OU POLYPES.

Sous ce nom de polypes on a confondu plusieurs excroissances de nature diverse et dont nous avons parlé dans les généralités de cette section. Nous avons effectivement cherché à séparer des polypes sarcomateux et fibreux, qui doivent seuls ici nous occuper, et ces fongosités nommées vivaces qui résultent le plus souvent de

la végétation d'une surface cancéreuse, et ces petites tumeurs celluleuses comparables aux polypes vésiculeux du nez. Il faut mettre au même rang les polypes dits celluleux et vasculaires dont on a parlé dans quelques journaux, d'après la clinique du professeur Dupuytren (1), et qui doivent appartenir à l'une ou à l'autre des deux altérations précitées. Ils offrent, dit-on, des symptômes analogues à ceux du cancer du col de l'utérus et échappent souvent, par leur petitesse, aux plus attentives investigations. Des écoulements blancs ou rouges, accrus par le moindre contact, par le coït, par l'approche des règles, communément accompagnées d'un sentiment de fatigue dans les reins, de tiraillements dans les aines, de pesanteur au fondement ; un épuisement physique et moral promptement amené par la perte du sang et les douleurs, tels en sont les signes rationnels. Si l'on porte le doigt jusqu'au museau de tanche et dans le cercle formé par cette partie, on rencontrera un, deux, trois ou un plus grand nombre de petits corps alongés, pédiculés et implantés à l'extrémité inférieure de la cavité du col de la matrice ; leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une fève de haricot ; le moindre contact les fait saigner. Au moyen du spéculum, on voit le col et le museau de tanche rouges, dilatés et remplis par de petits corps rougeâtres, alongés, pédiculés. Nous avons rencontré tous les symptômes dont il est ici question, mais avec un endurcissement squirrheux du museau de tanche, et nous n'avons pu hésiter à regarder cet état comme le résultat d'une affection cancéreuse dont les progrès n'ont que trop justifié notre pronostic (D). M. Dupuytren veut qu'on arrache, avec des pinces dé-

(1) *Journal universel hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques*, n° 42 ; juillet 1829.

liées, les polypes celluleux et vasculaires : c'est un conseil à suivre, si l'on a affaire réellement à des polypes celluleux ; il serait superflu et dangereux d'en faire l'application aux fongosités cancéreuses. Après ces brefs détails commémoratifs, passons à la description des vrais polypes, des polypes les plus ordinaires.

A. *Considérations anatomiques.* Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit, dans les deux premiers chapitres de cette section, sur la nature des productions fibreuses, sur leurs différents aspects à des phases différentes ; nous rappellerons seulement que, d'abord charnues, rouges, pénétrées de sang, ces tumeurs, pédiculées ou non pédiculées, ont été souvent considérées comme une espèce à part, sous le nom de sarcomateuses. Assez récemment, le professeur Cruveilhier et le docteur Dance ont comparé leur tissu à celui de la matrice, et considéré leur formation comme une exubérance de quelque point de cet organe, comme une sorte d'hypertrophie locale (1). Plus récemment encore, le docteur Blandin en attribue la formation à quelque dépôt de fibrine arrêtée dans les vaisseaux utérins et organisée ensuite, opinion qui n'expliquerait ni leur accroissement ultérieur, ni leurs transformations. Relativement à ce dernier point, ce que nous avons dit ailleurs doit faire assez prévoir que ce ne seront pas toujours les plus gros qui seront les plus denses, les plus évidemment fibro-cartilagineux, les plus voisins de l'état osseux ou pierreux ; toutefois, plus rarement peut-être que pour les tumeurs siégeant dans l'épaisseur de l'utérus ou à son extérieur, trouvera-t-on ici la texture fibro-cartilagineuse dans les petits polypes ; elle se voit plutôt dans les médiocres ; là elle se présente avec l'aspect précédemment décrit, et dont on peut prendre une idée exacte

---

(1) *Revue médicale*, 1830, t. XXXVIII, p. 408.

dans la fig. 2 de la dissertation du docteur Simson (1). Quelquefois les lames concentriques, formées par les couches du tissu fibreux, y sont si distinctes qu'on les a comparées à celles qui donnent à la cornée transparente l'épaisseur qu'on lui connaît (*Siebold*); d'autres fois, au contraire, les fibres y semblaient tellement entrelacées, feutrées, qu'on les a comparées aux filaments du placenta. Ceux-ci, sans doute, étaient aussi très vasculaires, très sanguins, comme cela arrive quelquefois. De cette nature sont évidemment ces polypes sarcomateux déjà observés par Levret et dont plusieurs cas se sont aussi présentés à nous, polypes rouges et qui fournissent aisément du sang par la pression, occasionent même spontanément de fréquentes hémorrhagies, et semblent eux-mêmes en quelque sorte *érectiles*, tant ils peuvent se *raidir* et se gorger de sang à certaines époques, surtout à celles de la menstruation.

Ce plus ou moins de vascularité, de consistance, qui sans doute dispose plus spécialement les polypes à telle ou telle dégénérescence, doit-il, comme l'ont voulu bien des pathologistes, les faire considérer comme essentiellement différents ? Ce n'est pas aujourd'hui l'opinion la plus générale: l'opinion contraire a prévalu depuis les progrès récents de l'anatomie pathologique; et quant à nous, elle nous offre sur-tout l'avantage de faciliter l'étude et les applications du dogme à la pratique, en réunissant des objets qui ont entre eux tant de points de contact, qui donnent lieu à tant de considérations communes et qui resteraient telles, quand même les différences seraient entre eux aussi réelles qu'on le dit encore dans quelques ouvrages.

A plus forte raison ne devrait-on pas regarder comme d'une nature particulière les polypes dans la masse desquels

---

(1) *De polypis uteri horumque resectione; Berolini*, 1828.

entrent, en petite proportion, quelques substances autres que celles que nous en regardons comme la trame fondamentale; par exemple, du pus, des humeurs séreuses ou visqueuses, du sang coagulé dans quelques cellules, des matières tuberculeuses, athéromateuses, avec ou sans poils, etc., etc.

Les matières liquides sont parfois comme infiltrées, ou bien contenues dans des vacuoles disséminés dans la masse, quelquefois aussi réunies au centre du polype, dans une grande cavité commune. Les *polypes creux* sont effectivement assez peu rares pour mériter l'attention du praticien, en raison sur-tout des erreurs auxquelles ils peuvent donner lieu relativement au diagnostic. Ces erreurs ont été quelquefois même commises non-seulement avant toute tentative opératoire, mais encore après la séparation du polype par excision ou par ligature. C'est effectivement en cas pareil, qu'on a cru fréquemment avoir extirpé l'utérus dont cependant on n'avait enlevé qu'une faible portion, auquel même on n'avait quelquefois pas touché.

Nous donnerons dans l'*Atlas* (pl. XIX, fig. 3 et 4) la figure d'un polype creux d'une énorme dimension, et qui fut enlevé avec succès par la ligature: du sang et d'autres matières liquides qui s'amassaient quelquefois dans sa cavité, s'en écoulaient par plusieurs orifices. Pareilles observations sont relatées dans les recueils de faits. Saviard (*obs.* 36) a trouvé, sur le cadavre d'une femme morte d'épuisement, une tumeur du volume d'un cœur de bœuf adhérente au fond de la matrice par un col étroit et creux dans toute sa hauteur; la cavité était remplie de sang. D'autres exemples sont cités par Levret dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie (t. III, p. 526 et 527). Dans l'un, appartenant à Boudou, la tumeur représentait un sac tissu de fibres charnues; dans deux autres (*Cailhava*, *Guiot*), la cavité était remplie de

matière gélatineuse et de poils, ou de graisse pareillement mélangée. On connaît encore deux autres cas de polypes également vides à leur centre (*Hoin, Laumonier*), et qui ont été pris pour l'utérus, après leur extirpation; nous les avons cités à l'occasion du renversement de l'utérus, et nous y renvoyons le lecteur.

La couleur et la consistance d'un polype doivent nécessairement être en raison de sa texture et de sa structure intérieure; mais ces apparences, aussi bien que l'aspect extérieur, le plus souvent lisse, mais quelquefois aussi inégal, rugueux, comme variqueux, etc., dépendent encore, suivant le plus grand nombre des auteurs, de la membrane dont ils sont enveloppés. Cette membrane, que l'on a généralement regardée comme une expansion de la tunique interne de l'utérus, n'est souvent pas plus distincte de la tumeur même que la prétendue membrane muqueuse de la matrice ne l'est du tissu de cet organe. Le docteur Breschet assure qu'il a toujours vu les polypes revêtus d'une membrane mince, unie, luisante (*Dict. de Méd.*): dans d'autres cas (1), bien distincte, charnue et d'autant plus mince qu'on se rapprochait davantage du pédicule si la tumeur était volumineuse, d'autant plus épaisse si la grosseur était médiocre, mais toujours évidemment continue avec les fibres charnues de l'organe même dans lequel le polype a pris naissance, elle était bien manifestement due à la couche intérieure de ces fibres repoussée en dedans et entraînée à la surface d'un corps fibreux dont le siége primitif avait été l'épaisseur même des parois du viscère. Enfin, dans certaines circonstances, nous avons trouvé cette enveloppe mollasse et telle, que son origine nous a paru devoir être rapportée à une exsudation albumi-

(1) Hervez de Chégoin; *Remarques sur les polypes de la matrice*, *Journal général de Médecine*; octobre 1827, p. 8.

neuse, sécrétée par inflammation à la surface interne de l'utérus et organisée ensuite, par un travail spécial, à la superficie de la tumeur même dont la présence avait causé la phlegmasie. Cette tumeur, en effet, peut très bien contenir en elle-même les éléments d'un pareil travail; c'est bien à tort que certains écrivains modernes dénient aux polypes des vaisseaux sanguins (*Meissner, Simson*). Eux-mêmes les admettent en réalité, quand ils parlent de canaux *sanguinifères* qui y seraient contenus, mais qui, disent-ils, ne peuvent être suivis jusques dans le pédicule. Il est certain que les tumeurs fibreuses renferment peu de vaisseaux dans leur épaisseur; peut-être même, s'accroissant par leur circonférence, finissent-elles par n'en avoir aucun vers le centre, et faut-il attribuer à leur disparition progressive la condensation graduelle et la pétrification définitive de ces productions; peut-être encore, si elles conservent plus de vitalité, s'y forme-t-il des canaux sanguins de création nouvelle, comme le pense le docteur Breschet (1). Mais ce qui paraît plus certain, c'est que les vaisseaux notables, artériels ou veineux, ne se trouvent guère qu'à la superficie des polypes et dans la tunique charnue qu'ils ont empruntée à l'utérus, ainsi que le remarque le docteur Hervez; c'est aussi ce qui résulte du fait rapporté par Levret dans ses observations sur les polypes, et que représente grossièrement la figure qui y est annexée. Dans l'observation déjà citée de Saviard, il est question de deux artères fort petites et de deux veines aussi volumineuses que la crurale; on lit aussi, dans l'ancien Journal de Médecine (t. XXIX, an 1768), la relation d'un cas où le polype contenait, dans son pédicule, deux artères et une veine; et l'on connaît l'observation de Vacoussain, donnée par Levret, observation remarqua-

(1) *Dict. de méd.*, art. *Polype*, t. XVII, p. 334.

ble à cause des pulsations qu'on sentait dans le pédicule de la tumeur. Ces observations ont leur utilité; elles nous font comprendre du moins que la résection du pédicule n'est pas toujours une opération aussi peu importante que l'ont affirmé plusieurs praticiens.

A ces considérations sur l'organisation des polypes, nous n'avons à ajouter que quelques mots : 1° sur leur forme ordinairement sub-globuleuse, ovoïde ou plutôt piriforme, quelquefois bosselée, aplatie, étranglée, cylindroïde, irrégulière; 2° sur leur volume variable depuis celui d'un pois ordinaire jusqu'à celui de la tête d'un homme, ou peu s'en faut (1); 3° sur leur nombre quelquefois multiple, comme nous en donnerons des exemples, mais beaucoup plus souvent, et l'on peut dire presque toujours, unique quand le volume est assez considérable; 4° sur leur insertion, tantôt et plus communément par un collet ayant en épaisseur le tiers environ de la circonférence de la tumeur, tantôt par un pédicule plus mince et plus alongé, quelquefois par une large base; les uns ou les autres fixés d'ailleurs sur divers points de la matrice, le plus souvent au fond de l'organe ou dans la cavité du corps, parfois dans celle du col, quelquefois encore sur les bords du museau de tanche ou même sur sa surface externe, c'est-à-dire près de l'insertion du vagin auquel peuvent aussi se suspendre des tumeurs analogues; 5° enfin, sur le siége qu'ils occupent, siége variable non-seulement en raison de leur insertion, mais encore de leur forme, de leur volume, de leur ancienneté. En effet, après avoir occupé le fond de la matrice, un polype peut descendre dans son col et

(1) On en cite un du poids de dix livres et demie, de dix-huit pouces à sa base, de treize pouces huit lignes de longueur; sa substance était composée de fibres charnues et contournées. Ce polype avait son insertion sur le museau de tanche (*Ancien Journal de Médecine*, t. 63).

jusques dans le vagin, soit en s'effilant dans sa masse, soit en alongeant son pédicule aminci, soit en déprimant, renversant le fond du viscère où il a siégé d'abord. Ces déplacements sont faciles à concevoir quand on a examiné, sur le cadavre, la matrice des femmes affectées d'un polype volumineux : ce viscère, ainsi qu'on l'a remarqué depuis long-temps, est alors non-seulement distendu, mais encore épaissi, ramolli ; il est devenu plus rouge, plus vasculaire, plus charnu, et ses faisceaux fibreux se dessinent exactement comme dans l'utérus gravide ; comme lui, par conséquent, il est capable de contraction pour pousser au-dehors la masse qui le gêne; comme lui il est susceptible de renversement sous l'influence d'efforts exercés vers son fond par des tiraillements intérieurs.

B. *Causes prédisposantes, etc.* Nous avons signalé déjà le tempérament lymphatique, comme paraissant prédisposer éminemment aux productions albuginées ou fibreuses de l'utérus, c'était dire implicitement qu'il en était ainsi des polypes; mais nous avons remarqué quelquefois aussi une coïncidence qui nous a paru mériter d'être mentionnée entre l'existence d'un polype dans l'utérus, accompagnée d'un écoulement très abondant par le vagin, et un cancer siégeant tantôt aux mamelles, tantôt au foie et même à la face. Peut-être cette affection n'agissait-elle qu'à l'instar des autres causes débilitantes, sous l'influence desquelles les tumeurs pédiculées de l'utérus nous ont semblé prendre plus aisément naissance. Nous avons vu, en effet, cette maladie atteindre sur-tout les sujets faibles, ceux qui habitent des lieux bas et humides. Nous l'avons plus fréquemment observée chez les femmes sédentaires, les cuisinières, les couturières ; nous avons appris le plus souvent que, avant le développement de la maladie, il avait existé des flueurs blanches ; que la menstruation avait été précoce et toujours

abondante. Chez plusieurs femmes, le sang menstruel était souvent accompagné de productions membraniformes, ou bien il y avait eu des avortements avec difficile et lente expulsion des annexes du fœtus ; toutes circonstances bien capables d'amener ou de déceler une congestion, une irritation habituelle ou fréquemment renouvelée vers la matrice. C'est aussi dans l'âge et les circonstances où cette congestion est le plus ordinaire, qu'on voit apparaître les excroissances qui nous occupent ; rares chez les très jeunes femmes, bien plus encore chez les filles (1), elles ne le sont pas moins chez les personnes qui ont dépassé l'époque dite critique, et c'est le plus ordinairement sur des femmes accouchées une ou plusieurs fois qu'on les observe, sans que, du reste, on puisse, pour l'ordinaire, en rapporter l'origine à une cause locale bien déterminée.

C. *Symptômes, marche.* La préexistence des causes que nous venons d'indiquer serait d'un bien faible secours pour l'établissement du diagnostic ; et les signes rationnels eux-mêmes, lorsque déjà le mal existe, ne peuvent guère que le faire soupçonner et engager le praticien à s'assurer d'une manière plus positive de l'état réel des choses. *Les signes rationnels* doivent néanmoins être connus, puisqu'ils servent de premier indice. De ce nombre sont : 1° des phénomènes sympathiques moins probans encore que tous les autres, comme les vomiturítions, la pâleur, la leucophlegmatie ; 2° la leucorrhée, qui tantôt précède la formation du polype, et tantôt ne survient qu'à une époque assez avancée après sa naissance, et qui existe souvent seule quand la tumeur naît du col utérin ; 3° le dérangement de la menstruation qui

---

(1) Siebold en a observé trois à la fois chez une fille dont l'hymen était intact. (*Simson*, p. 22.)

devient plus fréquente, plus abondante et plus prolongée; 4° le retour irrégulier de pertes sanguines parfois assez abondantes (sur-tout si le polype occupe le corps de la matrice) pour affaiblir la femme, l'épuiser lentement, et enfin la faire périr; 5° les pesanteurs dans la région hypogastrique, et plus tard sur le rectum; le sentiment d'une distension dans l'intérieur du bassin, des tiraillements dans les aines et les lombes, et quelquefois la rétention des matières fécales et de l'urine. Ces derniers symptômes ne peuvent coexister qu'avec un volume considérable de la tumeur, volume qui rend alors bien plus facile l'appréciation des *signes sensibles*. Ces signes, en effet, ne sont pas appréciables à toutes les époques de la maladie. Tant que, renfermé dans le corps de l'utérus, le polype adhérent à son fond reste caché dans ce viscère, tout ce que le témoignage des sens peut apprendre au chirurgien, c'est que la matrice est plus volumineuse que de coutume. La palpation de l'hypogastre, le toucher vaginal ou rectal ne pourront donc encore lui donner que des présomptions en les joignant aux signes rationnels ci-dessus énoncés. Si le polype est inséré au museau de tanche, il sera, au contraire, facilement reconnu par l'exploration, à l'aide du doigt introduit par la vulve; il le sera encore, de la même manière, lorsque le mal aura fait quelques progrès, si l'insertion se trouve dans la cavité du col dont l'orifice ne tarde pas à s'entr'ouvrir; enfin, il en sera de même, mais un peu plus tard, si la tumeur est suspendue au fond du viscère. Modifié dans sa texture, comme nous l'avons dit plus haut, l'utérus prend une souplesse qui facilite l'extension de ses parois, la dilatation de ses orifices; c'est même à l'ampliation des sinus utérins et de leurs ouvertures qu'il faut attribuer les hémorrhagies alors si fréquentes; les vaisseaux de la tumeur sont le plus souvent trop menus pour fournir à de sembla-

bles pertes. Dès que le col participe à l'expansion du corps, le museau de tanche s'entr'ouvre, et bientôt le doigt peut s'y introduire, y sentir la surface convexe du polype et reconnaître ainsi, ou présumer du moins avec beaucoup plus de vraisemblance, la nature des accidents et de leur cause. Peu à peu la tumeur devient plus accessible, et avant même qu'elle ait franchi la barrière opposée par le museau de tanche, on peut la reconnaître, sans équivoque, en déprimant, par la pression de l'hypogastre, la matrice déjà abaissée par le poids de la tumeur et le relâchement de ses ligaments. Il y a plus, le diagnostic est quelquefois plus facile alors que quand les progrès du mal ont été portés vers leur dernier terme, quand la tumeur a franchi l'orifice utéro-vaginal, envahi le vagin et l'excavation pelvienne, ou même dépassé la vulve pour venir pendre entre les cuisses. Le toucher peut alors devenir difficile et peu avantageux; il laisse du moins dans l'incertitude sur le lieu d'insertion du pédicule, sur l'état de la matrice. Dans certains cas, le viscère est retourné, entraîné; dans d'autres il est resté entier, saillant à la partie supérieure du polype et appréciable par la palpation hypogastrique; mais c'est quand la tumeur avait pris racine au museau de tanche : ce serait là un élément de diagnostic qu'il ne faudrait pas négliger, mais qu'il serait imprudent de regarder comme caractéristique et péremptoire.

Dans les premiers degrés de la maladie, lorsque déjà l'utérus a commencé de s'entr'ouvrir, le spéculum peut donner quelques lumières de plus; il fait voir une tumeur ordinairement lisse et blanchâtre, bien rarement inégale ou ulcérée, quelquefois rouge et saignante, mais seulement dans ces cas fort rares de polypes charnus, sanguins, en quelque sorte érectiles ou se raidissant aux époques menstruelles, augmentant alors de volume et participant ainsi à la turgescence de la matrice.

D. *Diagnostic.* Il est des affections assez nombreuses avec lesquelles on a quelquefois confondu la présence d'un polype dans l'utérus ; mais parmi celles que les auteurs mentionnent, il en est dont le parallèle avec la maladie qui nous occupe doit à peine nous arrêter ; c'est ainsi qu'une grossesse commençante est, dit-on, simulée quelquefois par le polype utérin, en raison d'abord de la tuméfaction de l'hypogastre et de la pesanteur ressentie dans la même région et celle du bassin, puis du travail ou des contractions qui s'établissent parfois quand la tumeur a acquis un volume assez considérable (1). Mais la grossesse normale ne cause guère cette pesanteur ; et quand elle tuméfie l'hypogastre, c'est après plusieurs mois de durée et par conséquent d'aménorrhée ; tandis que la matrice renfermant une excroissance, non-seulement continue à se débarrasser du sang menstruel, mais même en perd plus abondamment et plus fréquemment que de coutume ; puis la mollesse, la fluctuation sourde, le ballottement, voilà des caractères exclusivement propres à la gestation ; et quant au travail d'expulsion, il faut ordinairement bien plus de neuf mois à un polype, pour qu'il soit dans le cas d'occasioner de tels phénomènes. On parle aussi de la hernie vaginale comme pouvant induire en erreur (2) ; c'est ce qui n'arriverait qu'à un praticien inattentif ou sans aucune connaissance. Une tumeur arrondie dans le vagin ne suffit pas pour constituer un polype ; la large base d'une élytrocèle, la mollesse et la réductibilité des parties qu'elle renferme, le lieu d'où naît la tumeur toujours indépendante de l'utérus, voilà qui ne permettrait pas de s'y tromper un instant, soit que la hernie située en avant dépendît de la

---

(1) Séances de l'Académie de Médecine ; 24 juillet 1828.

(2) *Levret*, mém. cité ; *Herbiniaux*, t. II, p. 80.

vessie urinaire, soit que placée en arrière elle contînt de l'épiploon ou quelque portion d'intestin. Plusieurs de ces caractères, largeur de la base et adhérence de cette base ailleurs que dans l'utérus ou au pourtour de son orifice, suffiraient aussi pour différencier d'un polype, même énorme, la tumeur formée par un kyste (1), un engorgement, une grossesse extrà-utérine, entre le vagin et le rectum. Un polype est toujours libre par la majeure partie de sa surface, et son point d'adhérence est en haut quand il est descendu dans le vagin ; c'est à ces particularités qu'on pourra le distinguer encore des tumeurs fibreuses non pédiculées extérieures au vagin, mais faisant saillie dans son intérieur, et dépendant quelquefois de la matrice même et de son col, de son museau de tanche, comme nous l'avons dit ailleurs. Un squirrhe volumineux de cet organe ne pourrait être pris pour un polype qu'en raison du volume qu'il lui donne ; quelquefois aussi les lobes dont se compose un squirrhe du col et du museau de tanche pourraient donner lieu à l'équivoque ; mais alors un toucher attentif, et l'emploi du spéculum pourront faire éviter la confusion. Il est presque impossible de ne pas reconnaître ainsi, que les saillies arrondies, dont la nature est douteuse, ne sont point pédiculées ni entourées ou couronnées par l'orifice utérin ; d'ailleurs il existera d'autres signes qui manquent au polype, et sont particuliers au squirrhe : douleurs lancinantes, pertes continues et séro-sanguinolentes, ulcération et destruction plus ou moins rapides des excroissances ; leur forme irrégulière et inégale, presque dès leur principe même. Au reste, nous avons rencontré quelquefois des squirrhes pédiculés, et l'on a vu des

(1) Une tumeur mollasse et qui faisait aussi saillie dans le vagin, fut trois fois vainement attaquée par des tentatives de ligature, certes bien inutiles.

polypes devenir squirrheux ; le doute ou l'erreur, en pareil cas, seraient assurément bien pardonnables, et cependant le diagnostic aurait encore ici beaucoup d'importance ; car il serait à peu près inutile, dangereux même d'enlever un squirrhe pédiculé, lequel est ordinairement accompagné d'autres dégénérescences semblables, dont on ne ferait ainsi qu'accélérer la marche ; tandis qu'un polype dégénéré devrait être extirpé avec plus d'empressement que tout autre. Le mieux, dans le doute, serait toutefois encore de se comporter comme si l'on avait affaire à un polype. Tout ce que nous venons de dire d'un cancer du museau de tanche serait applicable à une tumeur cancéreuse de l'intérieur de la matrice. On en trouvera un exemple remarquable dans le Traité d'Herbiniaux (t. II, p. 40) : après deux ligatures inutiles, la tumeur fit des progrès rapides, et des végétations nombreuses s'élevèrent du reste de la matrice et du vagin. L'auteur aurait dû, comme il le dit lui-même, être éclairé sur la nature de l'affection par la cachexie cancéreuse déjà existante, par la mollesse de la tumeur, la briéveté, l'épaisseur de son pédicule et les inégalités de sa surface.

Ce ne sont pas là les seuls cas embarrassants ; on peut considérer de même tous ceux dont nous allons maintenant nous occuper.

1° Une tumeur fibreuse ou autre, non pédiculée, mais saillante dans la cavité de l'utérus, en imposera facilement ; mais que résultera-t-il de l'erreur ? une expectation forcée ou du moins rationnelle. Tout praticien sage voudra attendre que le prétendu polype soit descendu davantage et devenu plus accessible. Un praticien hardi, mais habile, ne tentera même pas la ligature sans s'être assuré, par la sonde, que la tumeur est libre dans tout son contour ; enfin, l'imprudent qui voudra lier une pareille production, sera obligé de renoncer à ses

tentatives, après avoir, il est vrai, tourmenté la malade, mais sans avoir mis ses jours en danger.

2° Une fausse grossesse donne à la matrice un volume, une dureté, une pesanteur assez équivoques ; elle produit des pertes séreuses et sanguinolentes qui pourraient aussi tromper l'observateur ; enfin, lors même de l'expulsion d'une mole compacte, on peut encore se demander s'il n'y a point eu là décollement et accouchement d'un polype. On sent bien que, sous ce dernier rapport, la question serait peu importante pour la malade une fois délivrée, et peut-être, en raison de l'expectation forcée ici comme dans le cas précédent, le diagnostic aurait-il plus d'importance théorique que pratique, même quand il serait réellement bien difficile à établir ; mais la rapidité avec laquelle croît l'utérus dans les fausses grossesses, le temps peu considérable au bout duquel il se débarrasse de son contenu, la nature séreuse des pertes qui précèdent cet événement, l'aspect fongueux, inégal, spongieux de ces masses, soit après leur expulsion, soit quand elles se présentent à l'orifice ; enfin leur composition anatomique sur laquelle il serait superflu de nous arrêter plus longuement ici ; voilà des éléments de distinction bien suffisants dans la majeure partie des cas.

3° Le prolapsus de la matrice, sur-tout engorgée ou malade, a pu, dit-on, être pris pour un polype, et réciproquement un polype pour la matrice en prolapsus (1). Le peu de profondeur du cul-de-sac vaginal qui entoure

---

(1) On cite un polype du poids de cinq livres deux onces qui fut enlevé par la ligature suivie de l'excision, après avoir spontanément franchi la vulve. Ce polype avait été long-temps pris pour un prolapsus et soutenu par un pessaire dont il avait enfin forcé la résistance (*Anc. Journ. de méd.*, t. XXIX). Cette erreur a été, dans certains cas, d'autant plus facile, que le polype, sorti de la vulve, a pu être réduit sans peine et supporté sans gêne considérable dans le haut du vagin (*Vater, Disp. chir.* ; *Hall.*, t. III, *ad finem* ; *Herbiniaux*, t. II, p. 47).

le museau de tanche, la présence de l'orifice utéro-vaginal au sommet de la tumeur sembleraient devoir rendre ici toute incertitude impossible; mais, si l'on se rappelle que souvent la matrice s'alonge beaucoup en même temps qu'elle s'abaisse, que son col sur-tout fait alors une saillie plus considérable, que l'orifice peut être effacé, ses lèvres déformées par le gonflement; que certains polypes présentent, à leur superficie, des inégalités qu'on aurait pu prendre aisément pour le museau de tanche (1), on sentira combien le diagnostic peut exiger d'attention pour ne point être erroné. Le toucher sera exercé avec le plus grand soin dans ces cas douteux où les signes rationnels ont éveillé des soupçons; le doigt remontera le plus haut possible entre la tumeur et les parois du vagin, et reconnaîtra, ou le cul-de-sac qui entoure le museau de tanche et dont la superficie se continue sans interruption avec la tumeur (prolapsus), ou l'orifice même de la matrice ouvert et donnant passage à cette tumeur (polype), ou bien un des bords de cet orifice continu seulement avec le pédicule d'un polype né de sa surface; si ce prolongement du museau de tanche n'est point pédiculé, on pourra penser qu'il ne s'agit que d'une de ces élongations dont il a été parlé ailleurs. Le toucher rectal pourra fournir aussi quelques éclaircissements; la palpation hypogastrique en fournirait peu, car, si l'utérus est en prolapsus, son fond ne sera point accessible à ce mode d'exploration; il ne le serait pas davantage, si un polype volumineux était descendu dans le vagin, entraînant avec lui le fond de la matrice auquel il aurait adhéré d'abord.

4° Mais l'accident le plus capable de tromper, et qui, le plus souvent, en effet, trompe les praticiens, c'est le renversement de cet organe. C'est dans le mémoire de

(1) *Voyez* Velpeau, *Anat. chirurgicale*, t. II, p. 336.

Levret (art. 1[er]) qu'il faut lire les observations curieuses de polypes emportés par la ligature ou la section, et qui avaient été pris pour la matrice renversée. Nous avons déjà parlé des polypes creux qui en ont sur-tout imposé sous ce rapport, et nous avons dit ailleurs (renversement) que certains praticiens y avaient été trompés au point de ne s'en vouloir désister en aucune façon, et de soutenir encore que l'utérus avait été extirpé, quoique la femme eût recouvré l'évacuation menstruelle et fût même devenue enceinte. Nous avons dit aussi que, dans quelques cas, on avait imprudemment lié ou extirpé la matrice, croyant n'avoir affaire qu'à une tumeur polypeuse. Plusieurs signes, tant rationnels que sensibles, sont effectivement communs à ces deux affections, tels les hémorrhagies, l'écoulement muqueux, les tiraillements, la forme et la situation de la tumeur; voyons quels moyens l'art nous fournit pour les distinguer.

Il faut mettre au premier rang les signes anamnestiques, ceux qui ont caractérisé la production d'une introversion dans le moment même de la parturition, et dont nous avons donné le tableau dans un des chapitres précédents. Si, dans ce premier moment ou peu après, et lors d'un renversement au premier degré, on pouvait concevoir des doutes et craindre l'existence d'un polype encore contenu dans la matrice, on s'assurerait aisément, par la palpation hypogastrique, que la tumeur arrondie sentie par le doigt dans l'orifice utérin, répond exactement à une dépression pareille du fond de la matrice; et ordinairement alors une réduction facile viendrait péremptoirement détruire toute incertitude et toute crainte en même temps. Mais quand le mal est plus ancien, quand la tumeur, quelle qu'elle soit, a franchi l'orifice de l'utérus et occupe le haut du vagin, le diagnostic peut être plus difficile; toutefois on considérera encore : 1° que ce n'est que quand un polype est descendu presque jusques

à la vulve, qu'il a pu déprimer le fond de l'utérus au point de n'être plus senti dans l'hypogastre, et qu'alors même le fond peut encore devenir accessible, si l'on refoule le polype dans le vagin; qu'il est arrondi, ou que, s'il est déprimé, il ne l'est pas en proportion du grand abaissement de la tumeur dans le bassin; que cette tumeur, approximativement mesurée entre les doigts placés d'une part au-dessus des pubis, d'autre part dans le vagin, est d'une dimension bien supérieure (le double au moins) à celle qu'on connaît à la matrice. Indépendamment de ces conjectures, on pourra reconnaître, avec le doigt ou avec une sonde mousse, que la matrice renversée est, à son collet, entourée d'un cul-de-sac sans profondeur ou presque sans profondeur; tandis que, pour un polype, le stylet s'enfoncera fort loin le long de son pédicule, au-delà de l'orifice utérin qui lui donne passage. Nous ne ferons que mentionner la consistance plus molle ordinairement pour l'utérus, et qui lui permet de se rider, de se sillonner sur sa longueur, le tout en raison de la cavité qui en occupe le centre; ces particularités pourraient, par la même raison, s'observer également sur un polype creux. A la vérité, ces polypes, ordinairement remplis de liquide, sont sujets à se vider par intervalles à travers quelque orifice fistuleux : de là des changements souvent considérables dans leur forme et leur consistance. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur la couleur plus foncée pour l'utérus et souvent picotée d'ecchymoses, parce que des variations nombreuses se remarquent sur ce point, dans l'apparence des polypes; mais nous fixerons notre attention sur un signe caractéristique, énoncé par Levret et répété par tous les écrivains qui l'ont suivi; c'est que la matrice est douloureuse, sensible au toucher, tandis que le polype, touché, gratté, piqué même, ne rapporte à la malade aucune sensation.

Si un polype volumineux, sorti de la vulve, pouvait

donner l'idée d'une introversion portée au dernier degré, on l'en distinguerait bientôt à son pédicule entouré profondément par le vagin, pédicule d'ailleurs solide, rétréci ; tandis que la base d'un renversement utérin est large, molle, contenant partie du rectum et de la vessie avec les matières auxquelles ces viscères servent de réservoir. Cette base, formée par les parois du vagin renversé lui-même, est continue avec les bords de la vulve; et le doigt ne peut pénétrer profondément vers aucun point de son contour.

E. *Pronostic.* Rarement un polype d'un certain volume a-t-il été long-temps porté sans donner lieu à des incommodités assez sérieuses pour alarmer la malade ; toutefois il s'en faut beaucoup que ces incommodités soient les mêmes chez tous les sujets ; et l'on sent, en effet, combien non-seulement les dimensions, mais encore la nature de l'excroissance et sa situation, l'idiosyncrasie du sujet, doivent apporter de modifications à la gravité du pronostic. Chez une femme déjà débile et néanmoins disposée aux hémorrhagies, un polype charnu, fixé au fond de la matrice, pourra causer des pertes si fréquentes, qu'un épuisement mortel (1) arrivera avant même que l'excroissance ait franchi l'orifice utérin ou l'ait suffisamment dilaté pour ne laisser aucun doute sur son existence. En pareil cas même, il pourra arriver qu'une extrême faiblesse se déclare, quoique le sang ne paraisse point au-dehors, si, par exemple, l'orifice de l'utérus est exactement bouché par l'excroissance ; alors le viscère se distend et fait saillie dans l'hypogastre, jusqu'à ce que la tumeur, soulevée par la distension même du fond de l'organe, laisse au sang un libre passage. Mais un polype

(1) Il est bon de noter que cet épuisement, quelque profond qu'on le suppose, s'est souvent dissipé, et a fait place à un rétablissement complet, après une opération bien faite.

fixé dans le col utérin donnera rarement lieu, selon la remarque de Levret, à des hémorrhagies dangereuses, non, comme le dit cet auteur, à cause d'un moindre degré dans la compression qu'éprouve la tumeur, mais bien parce que le fond de l'organe n'est pas alors distendu et ses sinus veineux accrus et ouverts comme dans le cas précédent. Chez d'autres femmes, le polype pourra s'enflammer, s'ulcérer, éprouver des dégénérescences diverses. L'inflammation va quelquefois jusqu'à produire quelque collection de pus dans l'épaisseur de la tumeur; elle peut aussi s'étendre à la matrice et devenir ainsi funeste. Mais un des effets à la vérité les moins ordinaires, quoique constaté par Levret (1) et par nous-même, c'est l'adhésion de la tumeur à la matrice par un ou plusieurs points de sa superficie, par toute sa surface même. Nous avons rencontré une fois une tumeur ainsi attachée de toutes parts aux parois utérines par des adhérences cellulaires très lâches, mais suffisantes pour l'empêcher de s'échapper au-dehors (B.). Sans inflammation totale, et seulement par suite d'une irritation superficielle à laquelle la tunique d'enveloppe semble seule prendre part, un polype peut s'ulcérer, devenir douloureux, fournir un écoulement sanieux, purulent et ressembler beaucoup à une tumeur dégénérée, sans en avoir pourtant les dangers, du moins à un égal degré. Ce sont sur-tout les polypes mous, charnus dans toute leur épaisseur, comme érectiles, qui sont susceptibles et d'inflammation et d'ulcération et de dégénérescences fâcheuses; il en est qui passent à l'état squirrheux et cancéreux, et font consécutivement périr les malades par les effets de la cachexie à laquelle ils sont liés comme point d'origine ou comme conséquence. Ce sont au contraire, les polypes durs et fibreux qui deviennent cartilagineux, osseux, et qui quelquefois séparés de leur

(1) Observ. sur les polypes, p. 393.

pédicule, constituent certains calculs utérins, comme nous l'avons dit ailleurs; dégénérescence bien moins fâcheuse que la précédente, et sur laquelle nous devons nous arrêter moins encore puisqu'elle nous a déjà occupés.

A en juger par un certain nombre de cas, il semble que cette destruction du pédicule ait eu lieu aussi pour des excroissances non dégénérées, non indurées : nous en donnerons des preuves dans nos observations particulières, et les recueils périodiques ou autres de faits médicaux en contiennent un assez grand nombre (1). Ordinairement alors le polype était descendu dans le vagin, quelquefois même sorti de la vulve, et tantôt c'est le tiraillement, l'élongation forcée du pédicule qui a fini par le rompre (2), tantôt c'est l'inflammation, l'ulcération, la gangrène qui a fait les frais de cette séparation (3). Dans ce dernier cas, on a cru souvent devoir attribuer l'un et l'autre de ces effets à la constriction exercée sur le polype par l'orifice utérin; mais nous avons constaté qu'il était ordinairement trop mou, trop relâché pour produire un pareil effet sur le corps qui le traverse; et l'on voit, dans les détails de plusieurs observations de ce genre, qu'à peine avait-il produit un rétrécissement léger sur quelque point de la tumeur. Le tiraillement qu'éprouve le pédicule, sur-tout s'il est mince et ramolli par l'inflammation, est bien suffisant pour expliquer sa rupture quand on songe à la violence avec laquelle, dans certains cas, il est distendu. C'est une parturition réelle et laborieuse que l'expulsion de certains polypes volumineux; et le fond de la matrice, si le pédicule ne se rompt point, est forcé de céder lui-même

---

(1) Levret, *l. c.*, art. 4.

(2) Hervez, mémoire cité, p. 27.

(3) Voyez nos observations particulières.

à l'entraînement de la tumeur qui se précipite au dehors et à la pression des muscles abdominaux. L'organe se renverse alors en tout ou en partie (1). Si quelquefois ce renversement incomplet et graduel n'a pas des effets funestes, si l'on voit, au contraire, la matrice déformée se relever, se redresser dès que l'excroissance en a été naturellement ou artificiellement détachée, il est aussi d'autres cas dans lesquels, épuisée par la perte de sang, par les efforts mêmes de l'expulsion et par l'angoisse résultant de l'état violent des parties, la femme a succombé avant qu'on pût rien tenter pour son soulagement (2), ou bien n'a pu survivre aux suites de ces souffrances, quoique l'art ait cherché à y porter remède (3).

Telle est la marche la plus ordinaire d'un polype graduellement accru et cédant à son poids et à la contraction des organes qui l'ont renfermé d'abord. On cite quelques cas d'une terminaison un peu différente ; tel est celui dans lequel, au rapport du professeur Roux, le polype avait traversé une rupture des parois du vagin et s'était logé entre ce canal et le rectum.

Mais, indépendamment des dangers qu'amènent par elles-mêmes ces sortes de tumeurs, il est encore des considérations pratiques auxquelles elles donnent lieu relativement aux fonctions des organes qui en sont le siége ordinaire. La matrice, ainsi affectée, peut-elle recevoir le produit d'une conception? peut-elle le conserver jusqu'au terme normal? peut-elle s'en débarrasser avec fa-

---

(1) Goulard, *Hist. de l'Ac. des Sc.*, 1732, p. 42. Denman, *Medical Comment.*, vol. IV, p. 228, etc.

(2) *Ancien Journal de méd*, t. LXIII. La tumeur était fibro-sarcomateuse ; après la mort on la détacha totalement en tirant sur elle et rompant son pédicule.

(3) Par exemple, dans un cas où l'utérus renversé fut réduit après l'extirpation de la tumeur adhérente à son fond. *Zwinger,* Ephém. nat. cur.

cilité et sans suites fâcheuses? voilà les questions qui se présentent naturellement ici.

Les dernières supposent une solution affirmative pour la première ; et en effet, bien que la maladie dont nous parlons doive diminuer l'aptitude à concevoir, cependant des faits nombreux prouvent qu'elle n'amène point une stérilité inévitable ; mais on a vu aussi plus d'une fois la gestation ne pouvoir arriver à son terme ordinaire : l'expérience nous l'a démontré à nous-même (1) et à d'autres ; et quelquefois cet avortement a été accompagné d'accidents graves et même mortels (2). D'autres fois il n'a eu rien de plus fâcheux qu'un avortement ordinaire, et l'on peut en dire autant des cas assez nombreux où la grossesse s'est complétée comme de coutume ; elle s'est terminée souvent alors par une parturition simple ; mais, dans quelques circonstances, une hémorrhagie surabondante ou quelque autre accident fâcheux ont mis les jours de la malade en danger, ont pu même la faire périr (3).

F. *Traitement.* 1° *Arrachement.* Ce que nous avons dit, il n'y a qu'un instant, de la manière dont les seuls efforts naturels guérissaient quelquefois la malade, semblerait indiquer que le déchirement du pédicule, imitation de cette opération spontanée, est la méthode la plus rationnelle que l'art puisse ici mettre en œuvre. Mais il est aussi des cas dans lesquels ce pédicule résiste et entraîne l'utérus, etc. ; c'est assez dire à quelle lésion on exposerait ce viscère, en essayant d'arracher un polype à pédicule épais et résistant ; le renversement, la déchi-

(1) Voyez nos observations particulières et celles que madame Boivin a publiées déjà dans le *Journal hebdomadaire*, t. IV, p. 204 et suivantes. Voyez aussi le mémoire de Levret, art. 2

(2) Deneux, *Ac. de méd.*, 25 mai 1829.

(3) Voyez *Annales de litt. méd. étr.*, t. II, p. 294.

rure de la matrice, des douleurs effroyables et mortelles peut-être, en seraient l'inévitable résultat : aussi cette méthode, conseillée par quelques écrivains, d'après l'analogie de ce qu'on sait des polypes de la pituitaire, n'a-t-elle été mise en pratique que dans des circonstances particulières, quand le polype était mou, peu volumineux, son pédicule mince et de peu de consistance. C'est alors par torsion de ce pédicule qu'on est parvenu plus aisément à le rompre sans violence et à enlever la tumeur en entier. Saisie entre les doigts ou entre des pinces, la tumeur était tournée cinq ou six fois sur son axe, ou davantage même, jusqu'à ce qu'enfin la facilité de cette rotation indiquât que la solution de continuité était complète (1). C'est ainsi qu'a réussi Boudou, au témoignage de Levret, après avoir essayé vainement de porter une ligature sur une tumeur implantée au fond de l'utérus ; cette tumeur était assez considérable (comme une balle de paume), et c'est au moyen des doigts, qu'il lui imprima, avec beaucoup de circonspection, la rotation dont nous avons parlé tout-à-l'heure. Une traction directe ou irrégulière a eu parfois le même avantage (2) : ainsi, une sage-femme vit se détacher une tumeur qu'elle prenait pour la matrice en prolapsus, et dont elle essayait vainement la réduction par des refoulements en tout sens (*Lapeyronie* et *Levret*). Nous avons cité, dans le chapitre Ier de cette section, les observations du doc-

---

(1) On a conseillé, pour éviter que la matrice ne fût tordue plutôt que le pédicule, de la saisir au-dessus de l'insertion de celui-ci avec des pinces destinées à la maintenir ; il faut supposer qu'on aura bien de l'espace et bien de la liberté pour opérer ainsi.

(2) On dit même qu'une tumeur suspendue au museau de tanche a pu être arrachée avec la matrice *tout entière*, sans que la malade ait succombé à cette cruelle opération ni à ses suites médiates. (Voyez Herbiniaux, *Traité sur divers accouchements laborieux*, etc., t. II, p. 20.)

teur Hervez qui enleva, presque involontairement, par une simple traction, des polypes à la vérité différents de ceux dont il est ici question, des excroissances vasculeuses et cellulaires. On trouvera aussi à la fin de ce chapitre un exemple d'arrachement non prémédité, opéré sur un polype plus consistant et de nature fibreuse.

2° *Excision.* Les tractions qui, à elles seules, pourraient, comme nous venons de le voir, constituer toute la méthode précédente, peuvent être et sont souvent un préliminaire nécessaire de celle-ci ; en effet, si l'on peut porter une ligature à une profondeur bien plus grande que celle où les doigts peuvent atteindre, il n'en est pas de même de l'instrument tranchant qui ne doit jamais marcher sans guide, et l'on a pu pratiquer ainsi avec avantage l'excision dans des cas où, indépendamment de la profondeur à laquelle était situé le pédicule, les instruments n'eussent pu arriver jusqu'à lui, tant la tumeur était volumineuse, tant elle remplissait le vagin. Aussi, beaucoup de chirurgiens n'ont-ils pas hésité, dans ces circonstances, à appliquer le forceps sur la tumeur et à l'entraîner hors de la vulve ; encore, dans quelques cas, n'ont-ils pu ainsi parvenir à l'attirer au-dehors, malgré sa mobilité, tant ses dimensions dépassaient celles du détroit inférieur du bassin (*Hervez*). De simples pinces à polype, ou la pince à faux germe de Levret, les pinces airignes de Museux pourraient suffire dans des conjonctures moins difficiles. Ce sont ces dernières que M. Dupuytren préfère en général, en les multipliant s'il en est besoin. Dès qu'on peut toucher avec les doigts le pédicule de la tumeur, reconnaître qu'il n'est point trop volumineux, le distinguer parfaitement de l'utérus auquel il adhère, être certain, par conséquent, de ne point intéresser ce viscère, on glisse, le long du doigt, un bistouri boutonné ou des ciseaux courbes, à l'aide desquels, en un ou plusieurs coups, on détache le polype.

Cette opération, recommandée par les anciens, avait effrayé les praticiens à cause du cas d'hémorrhagie mortelle rapporté par Zacutus, exemple qui ne s'est pas renouvelé depuis, malgré le grand nombre d'excisions auxquelles les modernes n'ont pas craint de soumettre leurs malades. Le professeur Dupuytren a été un des premiers à détruire ces préventions parmi nous, et l'on en trouve des exemples multipliés dans les journaux de médecine, et notamment dans le mémoire déjà cité de M. Hervez; la dissertation de Simson, également citée plus haut, est presque entièrement destinée à relever ces avantages et à atténuer les dangers de cette méthode appuyée sur la pratique d'Osiander, de Siebold, de Mayer. La facilité de lier les polypes, au moyen des procédés de Levret, de Desault et autres, n'avait pas peu contribué à faire abandonner la résection dont on s'était exagéré le danger; la chose en était au point qu'on a voulu combiner les deux méthodes pour obtenir, sans inconvénients, les avantages de l'ablation instantanée: on a amputé la tumeur après en avoir lié le pédicule; c'était faire une opération longue et pénible au lieu d'une simple et facile, et l'on ne devrait avoir recours à cette combinaison que dans le cas où le pédicule paraîtrait évidemment contenir de gros vaisseaux bien manifestés à la vue ou au toucher (pulsations). La ligature seule, à la vérité, serait peut-être ici préférable; en y joignant l'excision, on n'aurait que l'avantage de diminuer un peu plus promptement la gêne mécanique causée par la présence de la tumeur et la descente forcée de la matrice, et d'éloigner la source des émanations putrides auxquelles elle donne naissance, quand sa décomposition commence.

3° *Ligature*. Si la ligature du pédicule n'expose pas à l'hémorrhagie, elle a d'autres inconvéniens qui peuvent, dans beaucoup de cas, lui faire préférer l'excision;

la constriction qu'elle exerce sur l'enveloppe du polype peut tirailler les faisceaux utérins dont cette enveloppe est une dépendance; la constriction pourra même être exercée sur la portion de la matrice qui donne attache à la tumeur, si cette portion est tirée en dedans, alongée, renversée, si, comme cela est ordinaire à un polype peu ancien, cette tumeur est très voisine de la paroi utérine qui lui donne naissance, si elle est à peine pédiculée ou soutenue seulement par un collet épais et fort court. Aussi, est ce dans de telles circonstances que M. Hervez recommande judicieusement de serrer avec beaucoup de circonspection la ligature et de prendre à l'avance ses précautions pour pouvoir la relâcher au besoin; nous lui emprunterons comme exemple de cette prudence nécessaire, le fait suivant (1). Le sujet de l'observation est une femme de trente ans, portant, depuis dix-huit mois au moins, un énorme polype qui ne lui causait aucune gêne, mais qui occasionait des pertes abondantes et un écoulement leucorrhoïque. Le petit bassin était totalement rempli par la tumeur qu'on palpait aussi dans l'hypogastre, et que surmontait le corps de l'utérus élevé jusques vers l'ombilic. Le forceps fut appliqué sur cette masse sans pouvoir l'amener à l'extérieur, mais on put passer au-dessus d'elle un cordonnet composé de cinq fils cirés. Cette ligature ne fut serrée que trois jours après; mais, au bout de vingt-quatre heures, une douleur qui survint derrière les pubis et dans les fosses iliaques détermina à la relâcher complétement : on continua ainsi, pendant plusieurs semaines, à répéter durant vingt-quatre, trente ou quarante-huit heures cette constriction. Au moyen de ces précautions, la ligature avait déjà gagné un alongement de deux pouces, la tumeur était descendue davantage et commençait

(1) Voyez aussi Denman, vol. I, p. 94. Herbiniaux, t. II, obs. 17.

à se putréfier : la malade s'affaiblissant toujours, on voulut la débarrasser plus promptement; on revint à l'application du forceps qui, cette fois, entraîna la masse hors de la vulve et permit de couper un pédicule ayant encore un pouce d'épaisseur. Il ne s'écoula pas une goutte de sang, et les organes malades reprirent en peu de temps leur état naturel.

Le grand avantage de la ligature, c'est, comme le prouve le fait qu'on vient de lire, de pouvoir être appliquée dans des cas où la résection serait tout-à-fait impossible: le petit volume des instruments leur permet de passer plus aisément qu'un bistouri ou des ciseaux; leur grande longueur permet de les faire pénétrer profondément, et leur innocuité rend ces tentatives sans danger. Aussi n'est-il pas nécessaire ici, comme pour l'excision, ou que la tumeur soit descendue fort bas dans le vagin, ou qu'on puisse la tirer violemment au dehors ou du moins tout auprès de la vulve : il suffit que son diagnostic soit bien établi, qu'on la sente et qu'on la circonscrive du bout du doigt ou de la sonde, et que l'orifice de la matrice, si elle y est encore enfermée, soit assez dilaté pour permettre le passage des instruments et de plus une certaine liberté dans les manœuvres auxquelles ils sont destinés. C'est à Levret qu'on doit ces perfectionnements dans une opération avant lui seulement applicable aux polypes très voisins du dehors ; ceux-ci, et à plus forte raison ceux qui ont franchi la vulve, peuvent être simplement liés avec une anse de fil à laquelle les doigts servent de conducteur ; et l'on peut même, si le pédicule est épais, le traverser avec une aiguille pour lier, de droite et de gauche, chaque moitié isolément (1).

Les instruments de Levret peuvent porter un fil jus-

(1) Exemple de Vater (*Disput. chir. Halleri*, t. III, p. 623) ; de Vacoussain (*Mém. de Levret, Ac. chir.*, t. III, p. 533).

ques dans la partie la plus élevée du vagin ; ils consistent en deux tubes, soit parallèlement soudés, soit croisés et mobilement articulés comme les branches d'une pince à anneau. Dans le premier cas, on se sert d'un fil d'argent de coupelle, c'est-à-dire très pur, dont les deux bouts traversent chacun un des deux tubes et dont l'anse est glissée autour du polype jusques sur son collet ; là on serre cette anse en tirant un des chefs ; on les arrête l'un et l'autre au bout extérieur de l'instrument et l'on augmente graduellement la constriction par une rotation qui tord les deux fils l'un sur l'autre, du côté de leur anse commune, et la retrécit de plus en plus. Dans le deuxième cas, on se sert d'une ligature flexible, d'un cordonnet ciré, par exemple ; les deux bouts, également contenus dans les canules, on porte l'extrémité de l'instrument vers le pédicule du polype ; on écarte alors les branches, et le fil tendu entre leurs extrémités s'applique sur ce collet, puis l'entoure à mesure que ces extrémités sont ramenées du côté opposé à celui de leur introduction, et graduellement rapprochées jusqu'au parallélisme. Il ne s'agit plus que de serrer l'anse en tirant sur un de ses bouts.

Herbiniaux conçut le projet de lier, jusques dans l'utérus, une tumeur pédiculée ; il modifia les canules de Levret, les rendit à volonté mobiles ou immobiles l'une sur l'autre ; l'une d'elles sert sur-tout à conduire l'anse autour du pédicule à lier, et l'on peut la supprimer ensuite, les deux bouts du fil ayant été préliminairement passés dans celle qui doit rester en place et servir de serre-nœud.

Les instruments de Desault, destinés aux mêmes usages, sont plus parfaits encore et d'un emploi plus facile : mais son manuel est peut-être trop compliqué. Nul doute que, dans la majeure partie des cas, on ne pût se contenter du serre-nœud et de la pince qu'il emploie ; les

deux bouts de l'anse passeraient à la fois dans l'œil situé au bout du premier qui les transporterait sur l'un des côtés du pédicule : le milieu de l'anse serait saisi avec la pince et transporté, le long de la tumeur, sur le côté opposé de son collet en ayant le soin de faire passer cette tumeur entre les deux portions de l'anse et de racourcir celle-ci à mesure qu'elle monterait davantage, en tirant sur l'un de ses chefs passés dans le serre-nœud. Le manuel de Desault exige une pièce de plus; c'est une canule pareille à celle de Levret, et qui ne contient qu'un des chefs de la ligature; l'autre chef, passé librement entre les mors réunis en anneau d'une pince analogue à celle de Hunter, sert à entourer le pédicule en tournant autour de lui avec la pince qui le porte; on croise alors les deux instruments pour que le fil de la canule passe par-dessus celui de la pince; la canule est extraite; les deux chefs sont insinués dans l'œil d'un serre-nœud, tige perforée à un de ses bouts, élargie et fourchue à l'autre. Le bout œillé de cet instrument arrive jusqu'au pédicule; la pince s'ouvre, abandonne son fil, et le serre-nœud se trouve seul alors chargé de maintenir les deux bouts et de serrer l'anse lorsqu'on tire sur l'un de ceux-ci, que l'on fixe ensuite, comme son congénère, en le tournant autour d'une des branches de la bifurcation située à l'autre extrémité de l'instrument. Le serre-nœud métallique et sans flexibilité employé par Desault, a l'inconvénient d'irriter, par son contact, les parois du vagin, de les ulcérer même. Le docteur Bouchet de Lyon lui a substitué un chapelet composé de boules d'ivoire perforées, recevant également les deux bouts de l'anse et les enroulant sur un barillet placé au dehors. Cet instrument est ingénieux, mais non indispensable.

M. Paul Dubois a imaginé un spéculum à double gaîne qui saisit le polype et applique la ligature sur son pédi-

cule; mais cet instrument ne pourrait être porté jusques dans l'utérus, quand même on aurait le soin de le faire abaisser par la pression de l'hypogastre, et il ne pourrait d'ailleurs embrasser que des excroissances médiocres.

On a souvent remarqué que le polype se tendait, se tuméfiait après la ligature, qu'il laissait quelquefois écouler des liquides séro-muqueux ou sanguinolents en abondance. Cet effet, remarquable sur-tout quand le pédicule est volumineux, ne saurait être, comme on l'a soutenu (*Simson*), purement mécanique; il tient certainement à un changement dans la circulation et sur-tout à la compression des veines toujours plus grosses et moins résistantes que les artères. Il n'est pas rare non plus que des douleurs se déclarent dans l'abdomen, même sans que la matrice ait été réellement intéressée dans la ligature. Nous avons vu une péritonite enlever la malade peu de jours après la ligature d'une tumeur insérée dans le col utérin fort près du museau de tanche : à l'ouverture du cadavre à peine put-on reconnaître le lieu de l'insertion; il y avait là seulement une élevure légère (D). Au bout de quelques jours, le polype se flétrit, se ramollit souvent, sur-tout s'il est sarcomateux; c'est alors aussi qu'il se putréfie plus promptement. S'il est fibreux, sa superficie seule éprouve ces altérations et semble se détacher en lambeaux fétides. Il arrive quelquefois que la masse se détache le deuxième, le troisième jour, parfois même la ligature a coupé immédiatement le collet du polype; mais il peut aussi se passer un temps plus considérable, vingt à trente jours, par exemple, avant un détachement complet. C'est alors qu'on a pu se trouver dans la nécessité de réséquer la tumeur, soit au-dessous de la ligature, soit au niveau de cette ligature même quand déjà elle avait coupé la plus grande épaisseur du point d'adhérence : non-seulement on délivre ainsi la malade d'un foyer d'infection, d'une masse qui distend

les organes génitaux, comprime la vessie, le rectum, ulcère quelquefois même le vagin et perfore la cloison qui sépare ce canal du gros intestin (*Hervez*); mais encore on permet à la matrice de se relever; on fait cesser les tiraillements et l'imminence de l'inflammation dans cet organe. Aussi le voit-on presque toujours se relever brusquement vers l'hypogastre, entraînant avec lui les restes du pédicule et la ligature, si c'est au-dessous d'elle que la section a été faite. Béclard, trouvant dans un cas pareil quelque difficulté à porter le bistouri sur le collet du polype préliminairement lié, fendit verticalement la tumeur pour en exciser les deux moitiés l'une après l'autre (1). Si l'imminence du danger est moindre, on se contente des soins de propreté; les injections simples ou chlorurées sont sur-tout formellement indiquées.

Tels sont les moyens curatifs que réclame la maladie qui fait le sujet de ce chapitre. Nous n'avons point parlé de la cautérisation conseillée par les anciens, parce qu'elle n'est point applicable aux excroissances dont il s'agit en ce moment; tout au plus serait-elle proposable pour les fongosités qui pourraient s'élever de quelque ulcération non cancéreuse située sur le museau de tanche, et conséquemment accessible à la vue et aux médicaments à l'aide du spéculum.

Nous avons supposé jusqu'ici le polype attaquable par les procédés chirurgicaux; mais avant de l'être, il cause déjà des incommodités fâcheuses. Que faire quand il n'est encore que soupçonné; quand à peine accessible au doigt, il est encore loin d'un orifice utérin seulement entr'ouvert? Il faut alors attendre, remédier aux accidents les plus pressants, surveiller la malade, pratiquer de quinze en quinze jours ou de mois en mois une nouvelle exploration, pour opérer dès que les conditions

(1) *Ac. méd.*; 27 janvier 1825.

seront devenues favorables. Si la tumeur paraissait volumineuse, et que l'orifice parût opposer, par sa rigidité, des obstacles puissants à sa dilatation et à la marche de la tumeur vers le bas, on pourrait obtenir des effets heureux de l'application d'une pommade chargée d'extrait de belladona, ou bien d'injections avec une décoction de cette plante ; c'est ce que nous avons fait plusieurs fois avec avantage (B). Peut-être encore, dans certains cas qu'il est impossible de préciser, pourrait-on aller jusqu'à fendre les bords de cet orifice, soit pour permettre au polype de descendre, soit pour rendre son collet plus accessible. Dans un cas où cette manœuvre fut tentée à l'aide d'un petit lithotome, on ne put, malgré ces incisions, venir à bout d'appliquer la ligature (*Hervez*) ; mais, chez une autre malade opérée par le professeur Dupuytren, une incision de quelques lignes, faite avec le bistouri au côté droit de l'orifice utéro-vaginal, permit au polype de descendre d'un pouce dans le vagin : introduisant ensuite un spéculum dans le canal, l'opérateur put saisir la tumeur avec une pince de Museux portée à travers le conducteur qui fut immédiatement extrait. Le polype fut amené hors de la vulve, et au moment où l'on allait faire la section ou la ligature du pédicule, il se déchira et laissa la tumeur tout-à-fait libre ; la malade fut ainsi guérie par un arrachement involontaire (1).

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1.

Pertes abondantes dues à un polype peu volumineux ; symptômes illusoires de maladie de cœur.

Une fille, âgée de cinquante-cinq ans, avait eu deux enfants, dont le dernier était âgé déjà de vingt-deux ans.

---

(1) *Revue méd.*, 1829, t. II, p. 382.

Elle était depuis quelque temps sujette à des pertes utérines très abondantes qui l'avaient jetée dans l'état de pâleur, de bouffissure et de faiblesse où elle se trouvait. Les mouvements irréguliers du pouls, les palpitations de cœur dont elle se plaignait, firent croire à une maladie de cet organe.

Pourtant l'autopsie ne fit voir autre chose qu'une lésion des intestins et une concrétion fibreuse, du volume de la première phalange du pouce, adhérant par une très petite surface à la cavité de l'utérus.

Le tissu du corps de la matrice était d'un rouge-brun, tandis que le col, d'ailleurs très alongé, était d'un blanc violacé.

Les palpitations n'étaient occasionées que par l'abondante perte de sang qui avait précédé; et l'on doit croire que le petit corps fibreux développé dans la cavité de la matrice, en déterminant l'afflux de sang vers l'organe, a été la cause de la mort du sujet. (*Voy.* pl. XVIII, fig. 4.)

N° 2.

Plusieurs cas de polype utérin accompagné de squirrhe au sein.

1° Madame veuve Urb..., de Darney (Jura), âgée de quarante-neuf ans, d'une forte constitution en apparence et d'un tempérament lymphatico-sanguin, cheveux rouges, yeux bleus, sclérotique bleuâtre, était venue se présenter à la maison de santé, en mai 1827, pour s'y faire opérer d'une tumeur squirrheuse qu'elle portait au sein. Il y avait quatre ans qu'elle avait cessé d'être réglée.

L'opération se fit avec succès; la cicatrisation marcha rapidement, et madame Urb... retourna chez elle. A peine deux mois se sont écoulés qu'elle reconnaît l'apparition d'une nouvelle tumeur. Elle revient à Paris, et

va consulter M. Récamier qui tente la guérison au moyen de la compression, mais sans succès; pendant ce second séjour à Paris, la malade éprouvait de la pesanteur vers le bassin; elle craignit une affection de l'utérus.

L'examen avec le spéculum nous fit voir l'orifice du museau de tanche dilaté et contenant, dans son ouverture, un polype du volume d'une grosse cerise et d'un rouge violacé. En introduisant le doigt entre ce corps et les parois du col, on distinguait son pédicule qui était implanté à peu de distance de l'orifice. (*Voy.* pl. XVIII, fig. 3.)

On ne sera point étonné que cette tumeur ne fût accompagnée d'aucun écoulement, vu son siége et son peu de volume.

2° Une jeune femme de Saint-Omer, blonde, fraîche, d'un très bel embonpoint, qui était venue deux fois à Paris pour se faire opérer d'un squirrhe de la mamelle droite, succomba à une métrorrhagie violente occasionée, nous a-t-on dit, par le développement d'un polype considérable de la cavité de la matrice, dont elle ne voulut point être opérée.

Dans l'intervalle des deux opérations qu'elle a subies à la maison de santé, elle s'était remariée à un jeune homme; elle nous avoua que l'acte vénérien était trop fréquent et même douloureux pour elle. Une excitation violente et souvent renouvelée sur ces parties était très propre à y faire développer une affection organique ou à lui donner un caractère plus fâcheux, en supposant qu'elle existait déjà sans être aperçue, comme chez la dame de Darney. Cette femme n'avait jamais eu d'enfants avec son premier mari beaucoup plus âgé qu'elle.

N° 3.

Tumeur d'un caractère douteux avec enflure de la jambe droite. — Ligature.

La nommée Lobel, cuisinière, née à Strasbourg, âgée de quarante-neuf ans, était entrée à la maison de santé pour une inflammation chronique et de forme érysipélateuse à la jambe droite. L'excessive pâleur de cette femme, sa constitution lymphatique, son embonpoint monstrueux, me donnèrent l'idée que l'inflammation du membre pourrait être occasionée par la compression des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la part de l'utérus ou de quelques-uns de ses annexes à l'état anormal. Dirigeant mes questions sur ce point, j'appris que la malade avait eu cinq enfants à terme; que, depuis six ans, elle avait cessé d'être menstruée; que dès lors elle avait été sujette à d'abondantes flueurs blanches; que, dans la dernière semaine qui avait précédé son entrée à la maison de santé, elle avait eu une hémorrhagie assez abondante; que néanmoins elle avait toujours joui d'une bonne santé, à l'exception d'un poids qu'elle ressentait à droite dans l'intérieur du vagin.

Ce canal était rempli par une tumeur volumineuse, solide, lisse, insensible; elle occupait trop d'espace, et les parties génitales externes présentaient trop d'épaisseur pour qu'il me fût possible d'atteindre à la racine de cette tumeur, ni même à l'orifice utérin. Etait-ce un polype? était-ce un prolongement squirrheux du museau de tanche? Ayant fait part de cette découverte à M. Dubois père, il examina cette femme et jugea que c'était un polype, dont il remit la ligature à quelques jours de là. Le volume de la tumeur, peut-être aussi sa forme, présentèrent quelques difficultés pour l'application d'une anse de fil que l'on fut obligé de replacer deux fois de suite : cependant elle fut fixée et serrée.

La malade ne se plaignit d'aucune espèce de douleur : on serra la ligature le troisième jour. Il commença alors à se faire un écoulement abondant de matière sanguinolente ; les jours suivants, l'écoulement était noirâtre, d'une odeur fortement putride. La ligature fut serrée plusieurs fois pendant l'espace de dix jours. Le treizième jour, il sort par le vagin une substance d'un brun noirâtre, mollasse, fibreuse, du volume d'une grosse noix, et d'une forme irrégulière. Ce corps étranger ne pouvait être qu'une très petite portion de la tumeur que l'on avait liée. En effet, le fil avait glissé, et il restait encore une portion considérable du polype sur laquelle on appliqua une nouvelle ligature, quinze jours après la première opération. Quatre jours plus tard, le serre-nœud tomba encore une fois, mais alors l'écoulement était puriforme et sans odeur. Je touchai la malade ce même jour, et trouvai la lèvre antérieure du museau de tanche large, molle et mince. Une tumeur semblable à la grosse extrémité d'un œuf ordinaire, occupait l'intérieur du col ; elle était lisse, insensible au toucher; mais nous ne pûmes distinguer si cette portion de tumeur faisait partie de celle qui avait été liée, ou si elle appartenait à la lèvre postérieure du museau de tanche. Rien ne put vaincre l'opiniâtre entêtement que mit cette femme à ne point vouloir permettre l'examen au moyen du spéculum ; elle se fit enlever de la maison le lendemain de cette scène, le vingt-deuxième jour après l'application de la première ligature.

Pendant ce temps, l'enflure et l'inflammation de la jambe s'étaient dissipées.

Le professeur Béclard, qui avait fait cette opération, pensait qu'il s'était agi là d'un prolongement squirrheux du museau de tanche, plutôt que d'un véritable polype. La portion ainsi liée s'est sphacélée, exfoliée, et, de quelque nature qu'elle fût, n'a occasioné aucun acci-

dent, pas même la plus légère douleur; aussi, dans le cas de doute, nous n'hésiterions pas un instant à conseiller la ligature ou l'ablation d'une tumeur qui se présenterait dans le vagin, si elle donnait lieu à des accidents graves, tels qu'une métrorrhagie abondante, la strangurie, la constipation, ou, comme dans le cas présent, la tuméfaction, l'inflammation du membre abdominal et quelquefois la perte absolue de ses mouvements. L'observation offre aussi quelque intérêt sous ce dernier rapport; elle montre, ainsi que nous l'avons plusieurs fois remarqué, combien il serait facile de prendre le change sur l'origine de certaines incommodités. Plus de vingt fois nous avons vu les membres inférieurs atteints de douleurs et d'engorgements réputés de nature rhumatismale et qui dépendaient d'une maladie des organes génitaux internes.

N° 4.

Polype avec infiltration des membres abdominaux pris pour un squirrhe, lié et guéri.

Madame M..., âgée de trente ans, s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de vingt-sept ans qu'elle habitait Dijon où elle était née. Mariée à seize ans, elle eut successivement trois couches heureuses et à terme; mais, depuis trois ans, ayant fixé sa demeure à Paris au pourtour de la halle au blé, dans un lieu bas et humide, sa santé s'était altérée; elle devint sujette aux flueurs blanches. Elle avait été parfaitement réglée depuis l'âge de douze ans; mais, neuf mois avant de se présenter à nous, elle fut prise d'une métrorrhagie violente; et depuis lors, le sang ne cessa presque pas de couler, malgré les soins entendus de plusieurs médecins appelés auprès de la malade. Ce ne fut que deux mois avant son entrée à la maison de santé que madame M... fut examinée par son médecin ordinaire: il lui annonça qu'elle avait un squir-

che au col de l'utérus ; il dit au mari que cette partie ne tarderait pas à passer à l'état d'ulcération, et que, parvenue à ce point, la maladie ne présentait aucune espèce de ressource à l'art. Cette femme, qui gardait le lit depuis plusieurs mois, était d'une pâleur extrême, les cheveux noirs, les yeux bleus, la sclérotique légèrement bleuâtre. Les deux membres abdominaux étaient excessivement infiltrés ; la malade ne pouvait fléchir ni les cuisses ni les jambes. Cette disposition des membres rendait le toucher très difficile à pratiquer ; cependant je découvris de suite, dans le vagin, une tumeur à surface lisse, du volume d'un moyen œuf : en suivant, avec l'indicateur droit, le côté gauche de la tumeur, je pénétrai dans le col utérin, dont les parois étaient minces, molles et très dilatées. L'infiltration des cuisses et des lèvres de la vulve ne me permit pas de circonscrire la tumeur avec ce doigt ; mais je me servis de l'index de la main gauche et trouvai, du côté droit, le col aussi libre que je l'avais trouvé du côté opposé, ainsi qu'en avant et en arrière. La tumeur n'était évidemment retenue que par le pédicule qui la fixait vers le fond de l'utérus. Je rassurai cette femme sur les suites de cet état : je lui proposai de se laisser opérer, et le lendemain M. Dubois père fit la ligature du polype qui tomba quelques jours après. Cette tumeur, en partie putréfiée, présentait à son centre un noyau fibreux dur et très difficile à entamer.

Cette femme fut prise de quelques symptômes d'adynamie : l'état d'épuisement où elle était tombée à la suite de ses pertes rendit sa convalescence longue et difficile ; c'est par l'usage du bouillon de poulet, de fécules préparées de diverses manières avec quelques cuillerées de vin de Bordeaux ; c'est au moyen de frictions tantôt sèches, tantôt avec des liniments toniques, que la malade fut mise en état d'être transportée à Dijon, d'où elle revint trois mois après bien portante.

Trois ans s'étaient écoulés lorsqu'un abaissement de la matrice nécessita l'emploi d'un pessaire. Cinq à six ans plus tard, à la suite de chagrins vifs et répétés, il se montra des pertes utérines que nous reconnûmes dépendre d'une ulcération au col de l'utérus ; cette ulcération, de nature cancéreuse, a probablement fait périr la malade peu de temps après notre exploration.

N° 5.

Plusieurs exemples de tumeur polypeuse détruite par la gangrène ou détachée par la rupture du pédicule.

1° La nommée Pot..., âgée de quarante-neuf ans, fut apportée mourante à la maison de santé (10 mai 1822), par suite d'une métrorrhagie des plus violentes et qui durait depuis huit jours. Cette femme, douée encore d'un grand embonpoint, était, depuis deux ans, sujette à ces pertes surabondantes et à une douleur dans les régions lombaire et sacrée. Cependant onze ans s'étaient écoulés depuis ses dernières couches, précédées il est vrai de plusieurs avortements et de plusieurs grossesses régulières. Du reste, on ne pouvait assigner à son état d'autres causes qu'une profession fatigante (domestique) et le séjour dans une chambre humide, froide et infecte.

Avec la dernière hémorrhagie avaient commencé une constipation opiniâtre et une strangurie qui duraient encore ; le sang qui s'écoulait était fétide et noirâtre ; c'est ce qui avait fait croire à l'existence d'un cancer du col utérin. Cette opinion fut aussi celle du professeur Dubois. Je doutai toutefois de ce caractère fâcheux du mal, en considérant que l'énorme tumeur qui remplissait presque totalement le petit bassin n'était que légèrement sillonnée sur sa surface, qu'elle était dure et parfaitement indolente, libre de toutes parts dans son contour et dans tous les points accessibles au doigt, et enfin,

que le fond de l'utérus même, apprécié par la palpation de l'hypogastre, était assez volumineux, gros comme le poing, sans être douloureux. Le professeur Duméril prescrivit le ratanhia en tisane, une potion tonique et des injections émollientes.

Le 13 mai, écoulement sanieux plus abondant et plus infect, rétablissement du cours des urines et des matières fécales, chaleur dévorante à la vulve, due au contact des matières putrides qui s'échappent du vagin. Injections, bains de siége, etc.

Le 14 mai, la tumeur présente une excavation profonde à sa base; les bords en sont épais, durs et d'une insensibilité absolue. Dans les premiers jours de juin, elle est presque totalement détruite; l'orifice utérin entr'ouvert contient encore une portion de putrilage de la grosseur d'une noix et qu'il est facile d'amener au-dehors. Dès lors l'écoulement diminue, cesse bientôt; l'orifice utérin reprend sa forme normale, le fond de la matrice s'abaisse et recouvre ses dimensions naturelles; en même temps les forces renaissent, le teint se ranime, et la malade sort en santé parfaite. Nous avons vu cette femme plusieurs années après; elle ne se plaignait que d'un embonpoint devenu trop considérable.

L'impossibilité d'atteindre au pédicule d'une tumeur si volumineuse et remplissant le vagin, les entamures que déjà la gangrène avait creusées à la surface, expliquent trop bien l'erreur du diagnostic dont il a été question plus haut, pour qu'il soit nécessaire de la justifier ou de l'excuser plus amplement.

2° Madame T... couturière, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution délicate, fut apportée à la maison de santé le 1er septembre 1828, pour une perte de sang qui avait suivi l'expulsion d'une môle après deux mois d'aménorrhée. Cette jeune femme, épuisée par la fatigue et le mauvais régime,

présentait les symptômes d'une phthisie et d'une péripneumonie chronique à laquelle elle succomba vingt-six jours après son arrivée. Avant cette époque, frappée de la faiblesse extrême de cette malade et de la persistance de la perte sanguine, j'examinai les organes génitaux et rencontrai, dans le vagin, un corps oblong, du volume d'un œuf de poule, logé dans une gaîne à parois assez lâches pour permettre d'arriver jusqu'au pédicule dont le diamètre était d'environ six lignes. Cette gaîne était le col de l'utérus dilaté et ramolli.

Après la mort, on trouva les poumons hépatisés et, dans un point même, entamés par une ancienne suppuration. Le corps de l'utérus avait son volume habituel, mais il était rouge et mollasse. Le col, d'un blanc rosé, était bien plus lâche encore et baigné d'une mucosité abondante et sans couleur. A la paroi postérieure de la cavité du corps se voyait une élévation rouge, spongieuse, de deux à trois lignes en saillie, de six lignes en diamètre; c'était là sans doute qu'avait adhéré le pédicule du polype dont nous ne trouvâmes point les restes. La faiblesse de cette femme et la laxité de ses organes l'avaient-elle empêché de s'apercevoir d'une expulsion en masse, ou bien y avait-il eu destruction lente de la tumeur? Cette dernière opinion est peu probable; un écoulement fétide eût annoncé cette fonte. On pourrait même se demander si la prétendue môle, dont la malade s'était auparavant délivrée après des coliques violentes mais peu prolongées, n'était pas une portion d'un polype plus considérable, ou bien une autre tumeur pareille, détachée comme la dernière. C'est une conjecture difficile à justifier et à laquelle nous ne devons pas attacher d'importance. (Pl. XVIII, fig. 5.)

3° Une dame anglaise, âgée de cinquante ans, et exerçant, quoique naturellement lymphatique, une profession active et fatigante, était tombée dans un état d'épui-

sement inquiétant par suite de pertes alternativement blanches et rouges qui, depuis un an, la tourmentaient. Depuis peu même, des pesanteurs vers l'anus et ensuite l'apparition d'une tumeur à l'entrée du vagin avaient ajouté à ses incommodités et à ses inquiétudes. Cette tumeur, que je trouvai hors de la vulve, n'était retenue que par un pédicule grêle, d'environ deux lignes de diamètre et long de deux pouces, inséré par une sorte d'empâtement dans l'intérieur du col de l'utérus. Il était facile de s'en convaincre par l'inspection même, car l'utérus était abaissé au point que le museau de tanche se présentait à l'orifice vulvaire du vagin. Je voulais enlever sur le champ la tumeur; la malade préféra remettre l'opération au lendemain; mais au moment où elle arrivait chez moi pour cet objet, le polype se trouva détaché spontanément avec tout son pédicule et retenu seulement par les linges dont cette personne s'était garnie. Ce polype n'était point fibreux, mais composé d'une substance blanchâtre, molle, semblable à du suif, lobulée, bosselée et enveloppée d'une membrane rosée que parcouraient de petits vaisseaux d'apparence veineuse (mai 1827). (Pl. XIX, fig. 2.)

N° 6.

Plusieurs cas de ligature dont une heureuse et deux autres malheureuses.

1° Madame G..., avait été réglée à quinze ans, mariée la même année et devenue mère de bonne heure et à plusieurs reprises, chaque fois après un travail prolongé (sept jours), elle était arrivée à l'âge de quarante ans. Cette femme était lymphatique; sa santé paraissait avoir souffert des fatigues de sa profession (cuisinière), et de son séjour dans des habitations mal saines. Lorsque nous la vîmes à la maison de santé (septembre 1822), elle avait déjà depuis long-temps remarqué une surabondance croissante dans la menstruation et une leucor-

rhée bien prononcée après chaque époque. Depuis quatre ans le ventre avait commencé à se développer et, dans la dernière année sur-tout, il avait pris un accroissement remarquable. En même temps tiraillement douloureux dans les aines, perte de sang durant trois semaines, infiltration des membres abdominaux, dysurie, constipation, ténesmes; puis perte de sang fréquemment renouvelée, défaillances, vomissements, syncopes. Le toucher nous fit découvrir une tumeur qui dilatait le vagin et occupait presque toute l'excavation pelvienne. Il était difficile, vu son volume, d'en déterminer la nature; mais le cathétérisme, pratiqué avec quelque difficulté, en désemplissant la vessie, nous permit de sentir le fond de l'utérus dans l'hypogastre; il avait le volume du poing. Du côté du vagin, nous constatâmes, au moyen du spéculum, que la surface de la tumeur était lisse, rosée, sans varicosités, sans dureté considérable; un de ses côtés faisait couler une matière purulente d'un assez bon aspect; le vagin n'était nullement altéré dans sa texture. Il y avait là bien des probabilités non-seulement contre un renversement de la matrice, mais même contre un état squirrheux du col. La mollesse de la tumeur, le pus qui en découlait nous donnèrent l'idée de tenter la ponction; elle fut faite avec l'approbation du professeur Duméril, et ne donna issue qu'à du sang vermeil qui coula encore quelque temps après l'opération; il en résulta un peu plus de mollesse encore, un peu plus d'abaissement et la facilité d'expulser les urines sans cathétérisme.

Après quelque temps d'expectation et d'incertitude, le professeur Dubois se décida, sur nos instances, à tenter la ligature, quoiqu'on ne pût point atteindre jusqu'au pédicule avec le doigt. Cette opération fut faite le 2 octobre : une grande quantité de sérosité roussâtre (demi-litre) s'écoula dans la journée; le quatre on resserra

l'anse de fil; nulle douleur, nul mouvement fébrile ; écoulement roussâtre et d'une odeur pénétrante. Vers le dix, la matière de cet écoulement devient plus épaisse, bourbeuse, grisâtre, mêlée de lambeaux noirâtres. Chaque jour on a de nouveau serré la ligature. Le onze, je ne trouvai plus dans le vagin qu'une masse infecte et dont j'entraînai des lambeaux partie avec les doigts, partie à l'aide d'une injection ; les restes de la tumeur sortirent spontanément deux heures plus tard. On n'y reconnaissait plus qu'une poche membraneuse, ridée, d'un gris noirâtre, celluleuse à sa face interne et parsemée de petites tumeurs tuberculiformes. Le douze, le fond de l'utérus est abaissé au niveau des pubis ; en le comprimant on voit une cuillerée de pus s'écouler par son orifice encore ouvert d'environ quinze lignes, à bords souples, un peu excoriés, le vagin sans altération. Tout était revenu à l'état normal quelques jours après, comme nous l'apprit le spéculum appliqué de nouveau avant le départ de cette femme.

Ce fait prouve et la possibilité de l'inflammation et celle de la gangrène dans un polype sarcomateux et mou, sanguin, comme celui-ci : il prouve encore que, dans certains cas, l'incision, la ponction peuvent avoir leur utilité, faciliter les explorations et les opérations ultérieures, soulager même momentanément les malades ; il prouve enfin que la ligature peut être appliquée avec avantage, même quand il reste quelques doutes sur la nature du mal, sur la grosseur du pédicule, etc. En supposant que cette tumeur n'eût point été pédiculée, qu'elle n'eût été que collée par une portion de sa surface à l'intérieur de l'utérus, qu'elle eût largement adhéré au museau du tanche, fallait-il renoncer pour cela aux chances de guérison que l'événement a si bien justifiées ? Sans doute on n'obtient pas toujours de pareils succès ; mais les accidents surviennent quelquefois avec les dis-

positions en apparence les plus favorables, comme on va en avoir la preuve dans l'un des deux faits suivants.

2° Une autre femme, à peu près du même âge et de la même constitution que la précédente, réglée à onze ans, mariée à seize, accouchée huit fois à terme et une fois au troisième mois, avait éprouvé de violentes émotions, et sa raison en avait été momentanément égarée. Depuis sa dernière couche (1817) qui coïncide avec cette aliénation mentale, la malade éprouvait de la gêne dans les organes génitaux. Ce ne fut pourtant qu'au bout de trois ans, que la menstruation commença à devenir surabondante quoique régulière encore; en même temps constipation, et gêne de plus en plus marquée dans l'émission des urines; ictère à trois reprises différentes; douleur dans les reins et les cuisses; métrorrhagies croissantes et qui épuisent la malade; des superpurgations imprudentes l'épuisent encore davantage. Arrivée à la maison de santé, elle nous offrit un énorme polype occupant l'excavation pelvienne. M. Dubois en fit la ligature le 25 octobre 1825. Le lendemain, écoulement abondant de matières ichoreuses et d'une insupportable fétidité. Les injections n'entraînent qu'en partie le détritus putride: la femme tombe dans une adynamie profonde et périt le 9 novembre. Les restes de la tumeur avaient séjourné dans le vagin pendant dix-sept jours après l'opération. Il était difficile d'y reconnaître les traces de son organisation primitive.

Aurait-on pu, sans imprudence, attirer avec le forceps cette tumeur au-dehors et en couper le pédicule après l'avoir lié? Si cette ablation eût été possible, elle eût très probablement sauvé la malade trop affaiblie pour résister à l'impression prolongée des miasmes et du putrilage fournis par la décomposition de cette énorme tumeur, qui sans doute était aussi originairement sarcomateuse.

3° Madame D..., âgée de quarante-quatre ans, et n'ayant jamais eu d'enfants, éprouvait, depuis quinze années, une perte de sang presque continuelle ou momentanément remplacée par une leucorrhée non moins débilitante, et des douleurs utérines très violentes à chaque époque menstruelle. Dans les deux dernières années sur-tout, ces accidents avaient pris plus d'intensité. La cause de ces phénomènes trouva son explication dans la présence d'un polype gros comme un œuf, descendu dans le vagin et se montrant même à la vulve au moindre effort expulsif; il était d'un brun livide, et fort dur; le pédicule, d'environ cinq lignes d'épaisseur, remontait très haut dans le col de la matrice.

La ligature en fut faite le 9 juillet 1825; elle n'offrit aucune difficulté. Le lendemain, douleurs dans la région inférieure de l'abdomen. La malade, fort indocile, se procura des aliments et de l'eau-de-vie, malgré la défense expresse du médecin. Les douleurs continuent, et des nausées s'y joignent.

Le quatorze, chute du polype. Les douleurs s'accroissent, la fièvre s'allume, le ventre se météorise, et le vingt-un, la malade meurt avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë, très probablement décidée par l'intempérance du sujet.

Le polype avait la forme et le volume d'un gésier de dinde, il pesait quatre onces et demie : son tissu, d'un rouge-brun, était très dense; on y voyait des fibres serrées et disposées en courbes concentriques.

N° 7.

Plusieurs cas de polypes qui n'ont pas empêché la fécondation (1).

1° Une couturière, âgée de vingt-deux ans, fut prise,

(1) *Extrait du Journal hebdomadaire*, t. IV, p. 204 et suiv.

cinq heures après avoir mis au monde un enfant vivant et à terme, de convulsions répétées et suivies d'un état comateux auquel elle succomba au bout de vingt-quatre heures. A l'autopsie on trouva un léger enduit puriforme autour du cervelet. Les poumons étaient sains, quoique cette fille eût eu d'abondantes et nombreuses hémoptysies vers l'époque de la première menstruation (quinze ans). Des tubercules dans le foie. L'utérus et ses annexes à l'état normal pour cette époque des couches ; le col utérin, resté dans un état de relâchement complet, était occupé par une tumeur d'un rouge-brun, longue de trois pouces, épaisse de deux et demi dans un sens, de quinze lignes dans l'autre; un pédicule plat, presque aussi large qu'elle, mais épais au plus de deux lignes, la suspendait au bord postérieur de l'orifice interne de la matrice. Le tissu de cette excroissance était pulpeux, rougeâtre, d'aspect cérébriforme. Le placenta, inséré à la paroi postérieure de l'utérus, avait en partie adhéré à la région antérieure du polype ; une membrane mince, blanchâtre (épichorion) tapissait encore une portion des parois de la matrice et de l'excroissance. Il est raisonnable de penser que l'élargissement, l'aplatissement du polype tenaient à la distension qu'il a dû partager avec la matrice durant la grossesse, de même que la congestion dont il a dû être alors le siège, aussi bien que cet organe, n'a pas peu contribué à son ramollissement. (Pl. XIX, fig. 1.)

2° Une dame sujette à des pertes de sang portait un polype d'un pouce de diamètre environ, dont nous constatâmes l'existence par le toucher : quoique renfermé encore dans le col de la matrice, il put être exploré jusqu'à son pédicule fixé dans la cavité du corps, tant les parois de cet organe offraient de laxité. Ne pouvant se décider à l'opération, la malade garda encore son polype un an après notre exploration ; mais elle avorta au troisième

mois. Pareil événement lui était déjà six fois advenu : son premier né était le seul qu'elle eût porté jusqu'à terme. Après cet avortement, les hémorrhagies devinrent si inquiétantes que cette dame se laissa faire la ligature ; elle fut pratiquée sans difficulté par le professeur Dupuytren; mais deux ans plus tard, la mort arriva par suite d'hémorrhagies nouvelles occasionées par le développement de tumeurs cancéreuses au col de la matrice, résultat probable des mouvements fluxionnaires dont ce viscère avait toujours été le centre.

3° En me consultant pour une aménorrhée qui datait de son troisième et dernier accouchement, opéré il y a sept ans, une dame me raconta qu'elle avait senti sortir de la vulve, après son enfant, un morceau de chair du volume du poing. L'accoucheur reconnut un polype qu'il enleva par la torsion et le déchirement du pédicule. Cette opération fut des plus douloureuses, et il s'en suivit une inflammation qui retint la malade au lit pendant plusieurs mois. Depuis cette époque il existe une leucorrhée presque continuelle et qui épuise la malade : cependant l'utérus ne m'a rien offert de particulier lors de l'examen que j'en ai fait, il était seulement un peu abaissé et son orifice largement ouvert.

N° 8.

Observation sur un développement spontané de plusieurs tumeurs du vagin, qui a donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Une femme de quarante-cinq ans entra à la maison de santé, le 20 décembre 1829, pour y être opérée d'un *polype utérin.*

Chez cette personne, d'une constitution valétudinaire, la menstruation ne s'établit que d'une manière très imparfaite ; les règles, qui parurent à seize ans, étaient quelquefois deux, quatre, six mois, et même une année

sans reparaître. Leur absence était accompagnée de violents maux de tête, auxquels la malade était sujette depuis son enfance.

Vers l'âge de dix-neuf à vingt ans, la face se couvrit de boutons rouges, qui, par la suite, augmentèrent en nombre et en grosseur. Les joues, et le nez sur-tout, avaient acquis, vers ces dernières années, un volume énorme; leur couleur violacée rendait la laideur repoussante.

Les yeux, qui étaient grands, très saillants, sur-tout le gauche, dont la sclérotique était bleuâtre (1), avaient été long-temps très rouges; les gencives furent presque constamment dans un état de congestion sanguine, qui fut considéré et traité comme une affection scorbutique, à laquelle succéda la chute de la presque totalité des dents.

La malade se plaignait parfois de douleurs dans le côté droit, plus souvent dans les reins; mais la tête était le siége principal de ses souffrances.

On fit usage de tous les moyens propres à régulariser les époques menstruelles et à calmer les douleurs de tête. Presque tous les mois, application de sangsues à la vulve; les bains de siége, les saignées du bras, pratiquées assez souvent, amenaient un soulagement de peu de durée.

Jamais elle ne put se livrer aux travaux du ménage; les ouvrages d'aiguille étaient ses seules occupations, encore ne pouvait-elle s'y adonner avec assiduité.

Vers l'âge de trente ans, elle prit un embonpoint con-

---

(1) C'est à tort que quelques personnes croient que cette coloration est le résultat de pertes abondantes de sang : nous l'avons remarquée chez de jeunes personnes qui n'avaient point été menstruées, et même chez des enfants. Elle coïncide toujours ou presque toujours avec une affection organique, récente ou ancienne, des viscères thoraciques ou abdominaux, et les engorgements des ganglions lymphatiques.

sidérable, qui lui donnait l'apparence de la force, mais les accidents auxquels elle était sujette n'en persistaient pas moins; les douleurs de tête étaient devenues intolérables, et ne pouvaient être calmées que par la saignée. Plus tard on essaya l'application de vésicatoires, de cautères, sans en obtenir de succès bien marqués.

Enfin, il y a environ deux ans, la malade fut prise d'une fièvre cérébrale des plus violentes. On craignit long-temps que le délire qui l'avait accompagnée ne prît le caractère de la folie, si la malade ne succombait à l'affection du cerveau. Elle ne fut sauvée de cet état dangereux qu'après une longue convalescence, et la perte totale de son embonpoint.

Quelques mois après cette maladie, elle fut prise d'une métrorrhagie abondante, accompagnée de pesanteur sur le siége, et, peu après, de la sortie par la vulve d'un corps charnu.

Le médecin consulté, ayant cru que c'était l'utérus qui avait franchi l'orifice externe du vagin, fit rentrer ce corps dans le canal qui lui avait livré passage, et le maintint en place au moyen d'un pessaire.

Il se passa près d'une année sans qu'il survînt de changements très remarquables dans l'état de la malade, mais alors une nouvelle perte de sang parut. Plus tard, l'apparition d'une nouvelle tumeur à la vulve qui, alors, était accompagnée d'un écoulement sanieux, d'odeur pénétrante, exigea de nouveau les soins du médecin. Cette fois il pensa que la tumeur était de nature polypeuse; c'est quelque temps après que la malade entra à la maison de santé.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était maigre, pâle; il ne restait plus sur la face, naguère encore si hideusement couperosée, que quelques légères traces rougeâtres sur les joues et sur le nez; le corps était dans le marasme; le ventre légèrement balloné.

L'examen des parties génitales avait été fait par M. Dubois père; il avait trouvé au-dessus de la tumeur, derrière les pubis, le pessaire, que l'on avait cru perdu, et dont il fit l'extraction. Après avoir examiné la tumeur, il jugea convenable d'en faire la ligature, qui tomba avec le corps polypeux le dixième jour. Je n'ai point vu cette tumeur.

Jusqu'à l'époque de la chute de ce corps, il s'était fait un écoulement de matière grisâtre, qui continua encore quelque temps. Cependant on s'était assuré, par le toucher, qu'il ne restait plus rien du côté du vagin.

A huit à dix jours de là, après avoir mangé de la viande en cachette, la malade fut prise de vomissements: dans un des efforts qu'elle fit, elle sentit quelque chose qui lui pesait sur le siége et qui faisait effort pour sortir par le vagin. En effet, c'était une tumeur à peu près du volume de la première (environ quatre pouces de longueur sur trois de diamètre à sa base), et dont une portion avait déjà franchi la vulve.

Le lendemain, M. Dubois fils cherche à reconnaître le point d'insertion et la nature de cette tumeur. Le vagin formait un cul-de-sac qui ne conduisait à rien. Ce ne fut qu'en portant le doigt très haut, derrière et au-dessus des pubis, que l'on distingua une petite ouverture, qu'il reconnut pour l'orifice de la matrice, et que je n'ai pu rencontrer.

La paroi postérieure du vagin était ramenée en avant et entraînée en partie par la tumeur, qui se trouvait logée dans une portion de cette gaîne formant hernie au dehors de la vulve.

Il était difficile de déterminer de quelle nature était le corps ainsi hernié dans le vagin. Le tissu de la première tumeur, dit M. Dubois, était fibreux, blanc, élastique; mais l'élasticité de la tumeur actuelle était telle que l'on

craignit un instant qu'elle ne fût occasionée par le prolapsus d'une anse d'intestin ou d'une portion de l'épiploon. Cependant M. Dubois fils prit le parti de la lier, se réservant de ne serrer que très légèrement la ligature et de l'enlever dès la moindre expression de douleur de la part de la malade (28 janvier 1830).

Les premières heures s'étant passées sans aucun accident, on resserra la ligature, et tout se passa aussi bien que la première fois. La tumeur, sphacélée quatre jours après la ligature, répandait une odeur si repoussante, qu'on fit l'ablation de la portion libre. On fit pousser dans le vagin des injections antiputrides. L'écoulement, moins abondant au bout de quelques jours, prit un caractère puriforme.

Le 8 février, la malade est excessivement faible; elle ne peut plus supporter les aliments solides, qui sont rejetés par la bouche ou expulsés par l'anus aussitôt qu'ingérés. Elle garde constamment le décubitus sur le *côté droit;* elle se plaint de nouveau d'un violent mal de tête (*diète, potion tonique*).

Le 12, une nouvelle tumeur paraît à la vulve; elle est de même forme, de même volume et de même texture apparente que celles que l'on a déjà liées. Mais les forces de la malade s'épuisent; le ventre est un peu douloureux et fluctuant, on y remarque, un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur très solide, mobile, que nous avions aperçue pour la première fois quinze jours auparavant.

Mort le 17 février. A l'autopsie, faite vingt-sept heures après la mort, émaciation complète; thorax très resserré sur les côtés; ses bords inférieurs très évasés et renversés en dehors.

La tumeur sous-ombilicale que l'on avait remarquée pendant la vie se dessinait très bien à travers les parois abdominales; la tumeur qui appendait à la vulve était

livide, affaissée, et présentait à sa portion la plus déclive deux ouvertures à bords mous, d'un gris noirâtre, par lesquelles on pouvait introduire un doigt, qui conduisait à une cavité spacieuse, laquelle répondait à l'excavation du bassin.

Après avoir incisé circulairement la paroi abdominale, en suivant le bord antérieur du détroit supérieur du bassin, nous vîmes un corps blanchâtre, pyriforme, d'une surface lisse, d'environ trois pouces de diamètre, que nous prîmes d'abord pour l'utérus, et qu'avec un peu d'attention nous reconnûmes pour un corps fibreux dont l'extrémité inférieure pédiculée venait se confondre avec la paroi postérieure du col de la matrice; une autre tumeur de même nature, mais beaucoup plus petite, s'était développée sur la paroi antérieure de cet organe, de sorte que l'utérus, très petit, aplati sur ses deux faces, d'un tissu blanchâtre, se trouvait pour ainsi dire soudé avec ces deux corps fibreux, entre lesquels il était situé. Le col de l'utérus était alongé et s'ouvrait à la paroi supérieure et antérieure du vagin par deux lèvres aplaties et superficielles. Cette partie de l'utérus n'avait point la forme mamelonnée qu'elle présente ordinairement. C'est pourquoi elle a pu être confondue, lors de l'apparition de la seconde tumeur, avec l'ouverture laissée par la chute de la première. L'un des ovaires était d'un jaune verdâtre, petit, dur et ridé; l'autre, d'une forme globuleuse, était de la grosseur d'une prune et d'un tissu mollasse; il était rempli d'un fluide séreux.

On enleva la tumeur accolée à l'utérus, tout l'appareil génital, tant interne qu'externe, le rectum, la vessie et toute la masse morbide contenue dans le bassin. Le rectum se trouvait adhérent par sa face antérieure à une masse énorme, d'un tissu mollasse, blanchâtre, n'ayant point d'analogue avec aucun des tissus sains de l'écono-

mie animale. Cette masse contenait une poche spacieuse, d'un gris sale, qui répondait à la paroi postérieure du vagin.

La portion qui répondait à droite du bassin avait deux à trois pouces d'épaisseur, et six à sept de longueur, lorsqu'on la tenait étendue entre les doigts. On ne remarquait à sa surface que quelques vaisseaux très déliés. Coupée par tranches, cette masse présentait un tissu blanc que l'on pourrait comparer à la substance médullaire du cerveau. Quoique molle et diffluente, elle ne se séparait pas sous les efforts que l'on faisait pour en rompre le tissu. Sa totalité aurait rempli une assiette à soupe.

Cette masse, que nous appellerons *fibro-celluleuse*, s'était développée dans le tissu lamelleux recto-vaginal, au-dessous du repli péritonéal du même nom. Son poids avait alongé le rectum, auquel elle était adhérente. Mais c'était sur-tout sur le vagin qu'elle avait exercé son influence de rapport, d'atonie et de pondération. La paroi postérieure du canal vulvo-utérin était dilatée, élargie et amincie, au point d'avoir pu fournir autant d'enveloppe qu'il s'était présenté de fragments de la tumeur principale. Chacune des fractions de tumeur était revêtue d'une portion de la muqueuse du vagin, qui s'alongeait à mesure qu'elle s'engageait dans l'orifice externe de ce canal, et prenait ainsi la forme d'un polype. Chaque portion que l'on avait enlevée par la ligature était à peu près du volume d'un thymus de veau, avec lequel le tissu de la tumeur avait quelque analogie.

Il est à remarquer qu'aucune des deux ligatures n'ayant déterminé une inflammation adhésive sur le point de la tumeur où elle fut appliquée, il en est résulté qu'au lieu de deux cicatrices qui devaient se trouver sur la paroi postérieure du vagin, on n'y a rencontré que deux ou-

vertures qui conduisaient, comme nous l'avons déjà dit, dans une cavité formée par le détritus même de la tumeur.

Après la chute du premier corps fibreux, on avait porté le doigt dans le vagin, pour s'assurer de l'état de l'orifice de la matrice. Il est à présumer que l'on prit pour cet orifice l'ouverture accidentelle formée par la chute de la ligature.

Les deux ligatures successivement appliquées, avaient opéré, sur la presque totalité de la tumeur intérieure, l'effet qu'elle avait produit sur la portion libre, comme l'indiquait le détritus livide et gangréneux de la portion de la masse correspondante aux ligatures.

L'estomac, les intestins étaient sains, ainsi que la rate. Le foie, d'un rouge-brun, était plus volumineux que dans l'état naturel. Un coup de bistouri, plongé sur sa face antérieure et supérieure, en fit sortir une énorme quantité de matière d'un jaune verdâtre, qui provenait d'une poche contenue dans l'épaisseur même du tissu du foie. Cette poche était d'une capacité égale à celle du crâne d'un fœtus à terme. Les parois du kyste offraient la consistance et l'épaisseur d'une peau de vélin. Quelques points de sa surface étaient durs, luisants, transparents comme du cartilage. Une portion de la matière contenue dans ce kyste ressemblait, pour la couleur et la consistance, à du cerveau ramolli.

Les poumons étaient sains. Quelques légères adhérences, quelques petits tubercules durs, étaient tout ce qu'ils présentaient de particulier.

Le cerveau et le cervelet n'offraient aucune trace de lésion, aucun signe qui pût donner l'explication des douleurs de tête constantes et opiniâtres dont la malade se plaignit pendant toute la durée, et même jusqu'au dernier moment de sa vie.

Quoique déjà longue, cette observation nous a paru présenter tant d'intérêt sous le rapport du diagnostic, que nous ne pouvons résister au désir d'y ajouter encore quelques réflexions.

Les tumeurs fibreuses stéatomateuses qui se développent dans l'excavation du bassin, ont été signalées par plusieurs anatomistes, et même, dans plusieurs cas où l'existence de semblables corps s'opposait à l'accouchement; on en a fait la dissection et l'extraction avec succès (1). Ces sortes de tumeurs ne diffèrent peut-être de celle qui fait le sujet de l'observation, page 145, que sous le rapport

---

(1) *Voy.* Denmann, t. II; Merriman, *Med. and. chirurg. Trans.*, t. III, p. 47. Voyez encore Sandifort, *Obs. anat. path* — Pelletan rapporte plusieurs cas de tumeurs fibreuses et graisseuses du bassin, qui furent extirpées au moyen d'une incision sur le vagin. Burns, dans un cas de grossesse à terme, rencontra une de ces tumeurs qui emplissait toute la cavité du bassin, et dont il fit l'extirpation; moyen de faciliter l'accouchement, qu'il préféra à l'opération césarienne, qui fut pratiquée en France dans plusieurs cas semblables. Voici les détails que donne Burns à ce sujet:

« Les douleurs de l'accouchement commençaient à se faire sentir. Il fit » une incision sur le côté gauche de l'orifice du vagin, et la prolongea sur » les téguments, le tissu cellulaire et le muscle transverse du périnée. Lors- » que le releveur de l'anus fut divisé, la tumeur devint accessible au doigt. » Il introduisit une sonde dans le canal de l'urètre, et détruisit les adhé- » rences de la tumeur avec ces parties; il en fit autant ensuite du côté de » l'utérus et du rectum, avec lesquels cette masse était attachée. L'opérateur » agissait tantôt avec le scalpel, tantôt avec le doigt seulement. A ce moment » de l'opération, il pouvait, dit il, embrasser la tumeur avec la main aussi » facilement qu'il aurait pu embrasser la tête d'un fœtus. Mais la tumeur » était encore retenue par de fortes adhérences avec le bassin: il fit sur elle » une incision le plus près possible du point où elle se trouvait attachée. La » difficulté d'opérer d'une manière sûre avec le scalpel lui fit donner la pré- » férence aux ciseaux, qu'il dirigeait avec les doigts de l'autre main. En » coupant de devant en arrière, il parvint à séparer la plus grande partie de » la tumeur. Lorsqu'il fut arrivé à la face postérieure de la masse morbide,

de la consistance seulement, en admettant toutefois un volume égal : mais les symptômes qui les caractérisent sont bien différents. Chez notre malade, quoique remplissant toute l'excavation du bassin, quoique ayant repoussé au-dessus du détroit abdominal l'utérus et ses annexes, la tumeur était molle, très élastique, ne nuisait en rien à l'éjection des matières stercorales, à celle de l'urine; elle n'exerçait que peu ou point d'influence sur la circulation du sang dans les vaisseaux qui traversent le bassin, ni sur les nerfs contenus dans cette cavité osseuse. Aussi le médecin ordinaire de la malade, et probablement M. Dubois, qui fit la ligature de la première tumeur, n'en soupçonnèrent ni l'existence ni la nature.

Il n'en eût pas été de même si une tumeur aussi vo-

» il acheva de la détacher avec une spatule, pour éviter d'intéresser le rec-
» tum ou un des gros vaisseaux avec les ciseaux dont il s'était servi jusqu'a-
» lors.

» La femme perdit très peu de sang pendant l'opération ; les douleurs de
» l'accouchement se succédèrent avec rapidité. Quatre heures après que l'on
» eut commencé l'opération, la femme fut délivrée d'un enfant de volume
» ordinaire.

» Il survint des symptômes de péritonite et d'une violente irritation.
» Mais l'emploi prompt et actif que l'on fit de la saignée et des purgatifs
» dissipa le danger, et la malade se rétablit. Un mois après l'opération, la
» plaie était presque cicatrisée. En portant le doigt dans le vagin, on trou-
» vait ce canal adhérent au bassin et au rectum, comme il l'est d'ordinaire à
» l'état sain. Excepté la cicatrice extérieure, il aurait été difficile à une per-
» sonne qui n'aurait point été au fait de l'opération, de soupçonner qu'elle
» eût eu lieu.

» Cette tumeur, dure, irrégulière et presque immobile, était adhérente
» dans les trois quarts du bord supérieur de l'excavation du bassin, depuis
» le pubis, en se dirigeant à gauche, jusqu'au-devant du sacrum. Dans ces
» adhérences se trouvaient compris l'urètre, le muscle obturateur et le rec-
» tum. » (Voyez *the Principles of midwifery*, *thirst edition*, p. 3, de John Burns.)

lumineuse eût été d'une consistance solide ; les accidents qu'elle aurait occasionés, en appelant l'attention du praticien, l'auraient déterminé à recourir aux moyens propres à en reconnaître la véritable cause.

Il en fut tout autrement chez cette dernière malade. On prit d'abord la première tumeur pour un prolapsus de l'utérus, et l'on fit l'application d'un pessaire, pour maintenir l'organe déplacé. Malgré l'obstacle qu'on lui opposait, la tumeur reparut de nouveau. Le médecin, revenant sur son premier diagnostic, considère le même corps comme un polype de l'utérus.

Après la ligature et la chute de cette tumeur, on croit la malade guérie ; on s'en assure même par le toucher. Si, dès ce moment, on eût fait l'application du *speculum*, on aurait pu découvrir l'ouverture insolite opérée par la ligature ; la couleur des tissus qu'elle laissait à découvert aurait pu fixer l'opinion sur la nature de la maladie. L'exploration du côté du rectum aurait pu fournir de nouveaux renseignements sur le volume et l'étendue de la masse morbide. Ces moyens d'investigation n'ayant point été pratiqués, on dut nécessairement être fort étonné de l'apparition de la deuxième tumeur, et rester incertain sur les résultats qu'amènerait la ligature que l'on se proposait d'y appliquer.

Ce ne fut que lors de la troisième procidence de la tumeur que l'on fut convaincu qu'elles avaient été formées toutes par une substance morbide qui venait former hernie avec le vagin ; car, il faut le dire, même alors on ignorait que la masse fût fixée dans l'excavation du bassin. La tumeur que l'on distinguait au-dessus des pubis, formée par une agglomération de tumeurs fibreuses avec l'utérus, faisait croire que toutes les autres venaient de quelques portions anormales du péritoine ou de l'épiploon. Je fus moi-même la première de cette opinion.

J'avais, à cette occasion, manifesté le désir que l'on disséquât la seconde tumeur pour savoir à quoi s'en tenir. M. Dubois donna de bonnes raisons pour faire de suite la ligature avec les précautions que nous avons notées. Je sais bien que l'on pourrait demander ce que l'on aurait pu faire de mieux dans le cas où la nature de la maladie eût été bien connue : je ne saurais trop le dire; mais, d'après l'état général de la malade, il n'est pas probable que l'on fût parvenu à détruire entièrement la tumeur par le procédé employé. Maintenir celle-ci dans sa situation, comme avait fait le premier médecin, sans savoir à quel genre d'affection il avait affaire; soustraire la muqueuse du vagin à l'action de l'air, au contact de l'urine pendant l'éjection de ce fluide, aurait peut-être retardé de quelques semaines ou de quelques jours la mort de la malade.

Loin de nous l'idée que cette femme ait succombé à la maladie des organes génitaux et pelviens, ni au mode de soustraction des tumeurs : au contraire, nous pensons que l'hépatite chronique (cause en effet de la couperose) a exercé une influence morbide sur les organes digestifs et assimilateurs; que cette influence a pu s'étendre jusque sur les organes génitaux (1); que, chez la malade, le système musculaire était réduit à un état d'émaciation complet; que les productions anormales qui s'étaient développées derrière la paroi postérieure du vagin étaient de nature à augmenter l'atonie dont ce canal était frappé, et par conséquent à faciliter

---

(1) Cette opinion sur l'influence de la couperose ou *goutte-rose* chez les femmes n'est pas nouvelle. Elle a été reproduite depuis peu par Darwin, qui a admis une *goutte-rose stomacale* et une *goutte-rose hépatique*.

la procidence des corps qui tendaient à s'échapper du bassin, et que favorisaient encore la disposition naturelle des parties et leurs rapports réciproques. (*Voyez* pl. VIII de notre Atlas.)

FIN DU TOME PREMIER.



TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

Pages.

DÉDICACE. v

PRÉFACE. vij

TABLE représentant le nombre des femmes malades qui sont entrées à la maison royale de santé, depuis janvier 1819 jusqu'en décembre 1831.

TABLE des planches contenues dans l'atlas de cet ouvrage. xiv

INTRODUCTION.

§ 1er Considérations générales sur les organes génitaux de la femme. 1

§ 2. De l'utérus ou matrice considérée au dehors. 3

§ 3. De la matrice considérée à l'intérieur. 7

§ 4. De la matrice considérée dans sa texture. 10

§ 5. Des changements qu'éprouve l'utérus dans sa forme et ses fonctions aux différents âges. 21

§ 6. Des changements qu'éprouve l'utérus durant la grossesse et l'accouchement. 31

§ 7. Des différences individuelles que présente l'utérus. 38

§ 8. Des trompes utérines et des ovaires. 45

§ 9. Du vagin et de la vulve. 51

§ 10. Des moyens d'exploration propres à éclairer le diagnostic des maladies de l'utérus et de ses annexes. — Palpation sus-pubienne. — Toucher vaginal. — Toucher rectal. — Spéculum. 63

PREMIÈRE PARTIE.

LÉSIONS DE L'UTÉRUS.

PREMIÈRE SECTION.—Solutions de continuité. 75

DEUXIÈME SECTION. — Lésions de situation.

CHAPITRE PREMIER. — Généralités. 81

CHAP. II. — Du Prolapsus. 84

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. Descente de matrice due à la briéveté congéniale du vagin. 105

N° 2. Prolapsus utérin accompagné de douleurs, guéri par les émollients. 106

N° 3. Descente ou semi-prolapsus à la suite d'un accouchement à terme. 109

N° 4. Plusieurs exemples de prolapsus complet réduit et maintenu par le pessaire. 110

N° 5. Hydropisie des ovaires suivie de rupture et accompagnée de prolapsus complet de l'utérus, du vagin et de la vessie.— Examen du cadavre. 113

CHAP. III. — De l'Antéversion. 115

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. Plusieurs cas d'antéversion simple. 122

N° 2. Antéversion avec gonflement de la paroi antérieure de l'utérus. 124

N° 3. Observations d'antéversion avec engorgement de tout l'utérus. 125

N° 4. Antéversion par engorgement inflammatoire des cordons sus-pubiens. 131

N° 5. Antéversion par adhérences anormales. 134

CHAP. IV. — De la Rétroversion. 136

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. Rétroversion de l'utérus en vacuité par accumulation des matières fécales dans le rectum. 154
N° 2. Rétroversion incomplète à l'état de vacuité, occasionée par un vice de conformation du vagin. 157
N° 3. Deux cas de rétroversion à l'état de vacuité, portée à un degré considérable par suite du relâchement excessif des cordons ou ligaments de l'utérus. 158
N° 4. Rétroversion de l'utérus par suite du relâchement de ses ligaments suspenseurs. 161
N° 5. Deux cas de rétroversion dus à la tuméfaction de l'utérus. 163
N° 6. Rétroversion durant la grossesse. 165
CHAP. V. — Des hernies de la matrice. 168
CHAP. VI. — De la fixité anormale de l'utérus. 175

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. Avortement à cinq mois; mort, autopsie. 179
N° 2. Avortement à trois mois; mort, autopsie. 180
N° 3. Avortement à trois mois; mort, autopsie. 182
N° 4. Avortement au quatrième mois; abcès ouverts dans le rectum, guérison. Fixité de l'utérus tourné sur son axe. 183
N° 5. Adhérence des annexes de l'utérus; symptômes de phlegmasie chronique guérie par un traitement mercuriel. 184

TROISIÈME SECTION. — Altérations de forme et de volume.

CHAP. Ier. — Déformations diverses.
A. Flexion partielle du col utérin. 187
B. Rebroussement du museau de tanche. 189
C. Adhérences, oblitérations. 191
D. Alongement du col. 193
E. Atrophie, hypertrophie. 194
CHAP. II. — Incurvations ou flexions de l'utérus. 195

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

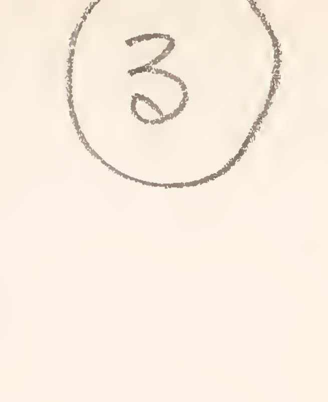
N° 1. Trois cas d'antéflexion présumée congénitale. 202

N° 2. Deux cas d'antéflexion de l'utérus à la suite d'un accouchement. 207
N° 3. Antéflexion avec grossesse. 212
N° 4. Rétroflexion chez une jeune fille. 214
N° 5. Plusieurs cas de rétroflexion après l'accouchement à terme. 215
N° 6. Deux cas de rétroflexion après l'avortement. 218
CHAP. III. — RENVERSEMENT OU INTROVERSION DE L'UTÉRUS. 220
OBSERVATION PARTICULIÈRE.
Introversion passée à l'état chronique et sans accidents secondaires. 245
QUATRIÈME SECTION. — DISTENSION DE L'UTÉRUS PAR DES CORPS ÉTRANGERS.
CHAP. I. — GÉNÉRALITÉS. 250
CHAP. II. — DE LA PHYSOMÉTRIE. 251
CHAP. III. — DE L'HYDROMÉTRIE. 254
OBSERVATION PARTICULIÈRE.
Évacuation subite et considérable d'un liquide séreux par la vulve. 261
CHAP. IV. — DES CALCULS UTÉRINS. 262
CHAP. V. — DE LA RÉTENTION DU SANG MENSTRUEL. 265
CHAP. VI. — DES MÔLES. 275
OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
N° 1. Môle hydatique creuse, expulsée douze mois et demi après l'imprégnation. 288
N° 2. Môle hydatique expulsée au quatrième mois. 290
N° 3. Môle hydatique expulsée au huitième mois. 292
N° 4. Môle hydatique expulsée au septième mois. 293
CINQUIÈME SECTION. — EXCROISSANCES ET DÉGÉNÉRESCENCES.
CHAP. Ier. — GÉNÉRALITÉS : DÉGÉNÉRESCENCES, ET EXCROISSANCES DIVERSES. 295
A. Dégénérescence vasculeuse. 296

B. Excroissances cellulaires. 298
C. Dégénérescences charnue et fibreuse. 301
D. Dégénérescences cartilagineuse et osseuse. 302
E. Dégénérescence tuberculeuse. 304
F. Tumeurs stéatomateuses. 309
G. Cancers. 310
CHAP. II. — Des tumeurs fibreuses non pédiculées. 311
OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
N° 1. Plusieurs observations de tumeurs fibreuses constatées par l'examen anatomique. 327
N° 2. Tumeurs saillantes et pédiculées à l'extérieur de l'utérus. 330
N° 3. Plusieurs exemples de grossesse compliquée de tumeurs fibreuses dans l'utérus. 331
CHAP. III. — Des tumeurs fibreuses pédiculées, ou polypes.
OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
N° 1. Pertes abondantes dues à un polype peu volumineux. Symptômes illusoires de maladie du cœur. 366
N° 2. Plusieurs cas de polype utérin accompagné de squirrhe au sein. 367
N° 3. Tumeur d'un caractère douteux avec enflure de la jambe droite. Ligature. 369
N° 4. Polype avec infiltration des membres abdominaux, pris pour un squirrhe, lié et guéri. 371
N° 5. Plusieurs exemples de tumeurs polypeuses, détruites par la gangrène ou détachées par la rupture du pédicule. 373
N° 6. Plusieurs cas de ligature heureuse et malheureuse. 376
N° 7. Plusieurs cas de polypes qui n'ont pas empêché la fécondation. 380
N° 8. Observation sur un développement spontané de plusieurs tumeurs du vagin, qui a donné lieu à des erreurs de diagnostic. 382

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.




3

2 Vol. + Atlas = £1.1.0

